



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

**A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida: a
intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de
Reabilitação no processo de transição**

Inês Meliço Simões

Lisboa
2018





Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Relatório de Estágio

**A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida:
a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem
de Reabilitação no processo de transição**

Inês Meliço Simões

Orientador: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa
2018

Não contempla as correcções resultantes da discussão pública



Agradecimentos

A todas as pessoas que se cruzam comigo fora da vida de Enfermagem e me ensinam a ser Pessoa.

A todas as experiencias que vivi.

Ao Prof. Joaquim Paulo Oliveira, pela capacidade de estruturar o meu pensamento desorganizado.

Aos utentes, porque me motivam a procurar a excelência.

Aos amigos que adequam a sua vida aos meus horários.

À minha família: aos meus pais, irmãos e sobrinha, pelo amor incondicional quando dizem “não te metas em mais cursos, és louca”. Pela educação que me dão

Ao Pedro, por ouvir e calar todas as histórias, frustrações e alegrias que trago para casa ao final do dia. E me fazer ver que juntos somos mais que a soma das partes.

Agradeço a todas as aprendizagens que me proporcionam.

.

ÍNDICE DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividade de vida diária

BAAL – Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EO – Enfermeiro/a Orientador/a

ER – Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LVM – Lesão vertebro medular

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MIF – Medida de Independência Funcional

MFR – Medicina Física e de Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – Organização para o Desenvolvimento e Cooperação Económica

RFM - Reeducação Funcional Motora

RFR - Reeducação Funcional Respiratória

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SIC – Segundo Informação do Cliente

RESUMO

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerada como a primeira causa de morte e incapacidade em Portugal, sendo múltiplas as alterações decorrentes deste problema: neurológicas, cognitivas, motoras, respiratórias.

Dentro das alterações cognitivas encontra-se a afasia, que afecta cerca de 1/3 das pessoas com AVC. Define-se como um distúrbio de linguagem. A incapacidade de falar, compreender a mensagem ou ambas leva o utente a sentir dificuldades comunicacionais, incapacidade de inserção social e diminuição da participação no programa de reabilitação. A comunicação é imprescindível nas relações interpessoais e nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A pessoa em situação de afasia vê-se privada de desempenhar os seus papéis, sofrendo alterações ao nível familiar, social e profissional. Experimenta diversas transições, podendo chegar a situações de isolamento social ou depressão.

Cabe ao EEER desenvolver competências que lhe permitam identificar a natureza e condições de transição: facilitadoras ou inibidoras, de forma a adequar os planos de cuidados.

O programa de reabilitação deve ter em consideração a avaliação do potencial cognitivo da pessoa. É imprescindível compreender o impacto da alteração da linguagem no utente e família, identificando em que medida a afasia influencia o programa de reabilitação.

A avaliação do utente com afasia é o primeiro passo para a intervenção eficaz. O objectivo da intervenção do EEER é tornar o utente funcional, delineando estratégias individualizadas conjuntamente com a pessoa, família e restantes profissionais de saúde, nomeadamente o terapeuta da fala.

O EEER deve desenvolver competências que lhe permitam capacitar o utente para sua reinserção social. O desconhecimento de estratégias comunicacionais com as pessoas em situação de afasia revela-se como um entrave à sua intervenção.

PALAVRAS-CHAVE

Lesão cerebrovascular, AVC, afasia, cuidados de Enfermagem, Reabilitação, transição.

ABSTRACT

Stroke is considered as the first cause of death and permanent disability in Portugal, with multiple changes resulting from this problem: neurological, cognitive, motor, respiratory.

One of the cognitive changes is aphasia, which affects about 1/3 of people with stroke. It is defined as a language disorder.

The inability to speak, to understand the message, or both, leads the patient to experience communication difficulties, social exclusion and a decreased participation in the rehabilitation program. Communication is essential in interpersonal relationships and in Rehabilitation Nursing Care.

A person with aphasia is deprived from playing her own roles, suffering changes at a family, social and professional levels. It experiences different transitions which may create situations of social isolation or depression.

It is up to the EEER to develop skills that allow the person to identify the nature and conditions of these transitions, facilitators or inhibitors, in order to adapt the nursing care plans.

The rehabilitation program should take into account the assessment of the person's cognitive potential. It is imperative to understand the impact on the patient and family of the change in speech, by identifying to what extent aphasia influences the rehabilitation program.

The assessment of a patient with aphasia is the first step towards an effective intervention. The aim of the EEER intervention is to make the person functional, designing individualized strategies together with the patient, the family, other health care professionals, and especially with the speech therapist.

The EEER should develop skills that enable the person to achieve social reintegration. The lack of knowledge of strategies to communicate with people with aphasia is a barrier to the intervention of the EEER.

KEYWORDS

Aphasia, cerebrovascular disorder/stroke, Nursing care, rehabilitation, transition.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES EM FUNÇÃO DOS OBJECTIVOS DELINEADOS NO PROJECTO	16
2.1	Responsabilidade profissional, ética e legal (A).....	26
2.2	Melhoria contínua da qualidade B	28
2.3	Gestão dos cuidados C	30
2.4	Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D.....	32
3	ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO.....	34
3.1	Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados	34
3.2	Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.	43
3.3	Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.....	58
4	AVALIAÇÃO	61
5	CONCLUSÃO.....	62
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ANEXOS

Anexo I - Teoria das transições de Afaf Meleis

Anexo II - Diagnóstico diferencial dos tipos de afasia

Anexo III – 11º Simpósio de Enfermagem – Impacto da comunicação na
qualidade dos cuidados

Anexo IV – Formação: A pessoa com AVC

Anexo V – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Anexo VI – Exemplo dos instrumentos disponíveis no dossier de comunicação
do serviço MFR

Anexo VII – Apertar os atacadores

APÊNDICES

Apêndice I – Projecto de Estágio

Apêndice II – Planos de Cuidados

Apêndice III – Estratégia de pesquisa e Fluxograma - Reviãp *Scoping*

Apêndice IV - Análise da Teoria das Transições de A. Meleis relacionada com a temática

Apêndice V – Jornais de aprendizagem

Apêndice VI – Formação “Comunicar com a pessoa em situação de afasia – perspectiva da estudante de ER”

Apêndice VII - Guia orientador dos cuidados à pessoa com fratura do fémur (“anca”): posicionamentos, cuidados e exercícios práticos

Apêndice VIII – Exemplo de actividades com o utente

1 INTRODUÇÃO

O presente Relatório surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e visa relectir sobre as competências gerais e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, através da análise das experiências por mim vivenciadas durante a realização dos estágios correspondentes ao planeamento de actividades elaborado, articuladas com os conhecimentos teóricos apreendidos durante o curso e evidência científica encontrada.

A Enfermagem revela-se cada vez mais um desafio se considerarmos o contexto dos cuidados de saúde e as conjecturas social e económica actuais do país. A própria caracterização sócio demográfica da população europeia e portuguesa, bem como as especificidades de saúde dos utentes alvo dos cuidados, faz emergir a necessidade de reestruturação das organizações e políticas de saúde.

A esperança média de vida em Portugal é de 80.8 anos, sendo que os homens vivem em média 77.6 anos e as mulheres 84 anos, enquadrando-se nos valores médios da OCDE - 80.5 anos (OECD, 2015).

Apesar de, no que diz respeito ao número de enfermeiros por 1000 habitantes, Portugal ter vindo a aumentar a sua média de 4.1 enfermeiros em 2000, para 6.1 enfermeiros no ano de 2013, estes valores permanecem abaixo da média da OCDE: 9.1 enfermeiros por 1000 habitantes, havendo mesmo países como a Suíça ou a Finlândia que alcançam valores entre 15-17 enfermeiros (OECD, 2015).

Considerando o panorama económico e social actual de Portugal, bem como o contexto dos cuidados, pensar a Enfermagem revela-se cada vez mais um desafio. Acrescento a fácil desculpabilização em algumas situações da nossa prática clínica sob a justificação do rácio enfermeiro-cliente, condições de trabalho como o congelamento da progressão na carreira ou a carga horária semanal.

Partilho da opinião que todos estes aspectos influenciam a nossa prática. No entanto, parece-me imprescindível manter uma atitude de aprendizagem, a interrogação constante a cada decisão que tomo e não apenas associar a responsabilidade a factores externos.

Nesta aprendizagem do âmbito profissional senti necessidade de aprofundar conhecimentos na área das intervenções do EEER à pessoa com alterações cognitivas, aliando também o gosto pessoal na temática. A escolha do tema, *A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida: as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no processo de transição*, relaciona-se com o meu quotidiano, interações e relações humanas, uma vez que, socialmente, é impossível não comunicar, dado que o simples facto de não o fazermos já transmite uma mensagem.

No âmbito profissional, a transversalidade do tema estende-se a vários contextos de trabalho e faixas etárias, nomeadamente a doença cérebro vascular adquirida, por ser um dos diagnósticos médicos/problemas major identificado na população internada em serviços agudos de adultos e, especificamente, no meu serviço (Medicina Interna).

Ao nível académico, durante a licenciatura as questões relacionadas com a comunicação, considerada por *Margot Phaneuf* como o instrumento mais importante da Enfermagem, foram alvo de análises constantes, sem no entanto me recordar de abordar questões relacionadas com as alterações na linguagem e o impacto destas na qualidade dos cuidados e na autonomia da pessoa.

Com o intuito de analisar a literatura existente sobre este tema realizei uma revisão *Scoping*, como metodologia de investigação sugerida para o projecto. A estratégia de pesquisa foi efectuada através da plataforma *EBSCO*, nas bases de dados *CINAHL Plus®* e *MEDLINE*. O fluxograma e a estratégia de pesquisa encontram-se detalhados no Apêndice III. O critério de inclusão comum aos seis artigos analisados foi a existência de afasia decorrente de AVC, sendo os principais resultados encontrados:

- Desconhecimento de estratégias de comunicação com a pessoa com alterações da linguagem;
- Necessidade de formação específica na área da comunicação;
- Planeamento cuidados individualizados co-construídos com o terapeuta da fala;
- Necessidade de produzir investigação em Enfermagem dentro da temática.

A filosofia de cuidados que sustentou a realização dos estágios, bem como a elaboração deste relatório é a Teoria das Transições de *Afaf Meleis*, analisada no decorrer deste relatório.

O presente relatório diz respeito às actividades e aprendizagens realizadas nos estágios que decorreram entre 25 Setembro de 2017 e 9 de Fevereiro de 2018 de acordo com o planeado no Projecto de Estágio com o mesmo título (Apêndice I).

No referido projecto defini os objectivos a alcançar no estágio, bem como as actividades por mim implementadas a partir da problemática identificada (anteriormente enunciada) e da sua contextualização em termos do enquadramento conceptual que ora se sintetiza:

AVC

No que diz respeito ao conceito de AVC, somos constantemente “alertados” pela comunicação social ou até mesmo no nosso local de trabalho para o número de pessoas com AVC. Embora se verifique um declínio nas décadas recentes, as doenças cardiovasculares permanecem como a primeira causa de morte no mundo (WHO, 2016). No que diz respeito à doença cerebrovascular, esta é identificada como a causa subjacente de 7% de todas as mortes nos países da OCDE em 2013 (OECD, 2015).

Segundo o relatório Doenças Cardio - Cerebrovasculares em números (DGS, 2015), em 2013 foram identificados 11.751 óbitos por doença cerebrovascular em Portugal, sendo que a taxa de mortalidade por esta patologia é de 54,6 % (por 100.000 habitantes). Na verdade o AVC constitui a primeira causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. (DGS, 2010)

A doença cerebrovascular refere-se a um grupo de patologias relacionadas com lesões na rede de vasos sanguíneos responsáveis pela irrigação cerebral. As lesões cerebrovasculares adquiridas resultam de lesões focais, multifocais ou difusas (Sohlberg & Mateer, 2008). O acidente vascular cerebral é, maioritariamente, uma lesão neurológica focal. O AVC isquémico caracteriza-se por uma alteração na irrigação cerebral (bloqueio ou suspensão) e o AVC hemorrágico resulta do extravasamento sanguíneo dos vasos para o território cerebral (Sohlberg & Mateer, 2008; Marques Vieira e Sousa, 2016).

A avaliação da lesão considera três dimensões: localização, gravidade e patologia subjacente. O evento cerebral agudo tem dois estadios: o dano imediato ao tecido cerebral, resultante das forças mecânicas ou mecanismos fisiopatológicos e as

complicações cerebrais secundárias que se desenvolvem como consequência à lesão primária, aspectos a ter em conta na intervenção de Enfermagem.

O grau de recuperação é normalmente rápido nos estadios iniciais após a lesão cerebral e, em regra, diminui com o passar do tempo, sendo mais célere durante os seis primeiros meses e mais lenta nos dois anos seguintes. (Sohlberg & Mateer, 2008; McGilton et al 2009)

A pessoa em situação de AVC pode experimentar alterações aos níveis das funções motora, sensorial e/ou cognitiva. As alterações cognitivas comuns associadas ao AVC da região da artéria cerebral média esquerda incluem a linguagem (afasia), apraxia oral e/ou dificuldade na aprendizagem.

Comunicação & linguagem

As alterações na linguagem decorrentes de lesão cerebrovascular adquirida necessitam de detecção precoce para que seja possível intervir de forma eficaz (Poslawsky et al, 2010). De facto, esta questão torna-se mais visível, ao se ter em conta que os cuidados de enfermagem (tomo como exemplo o meu contexto profissional) tendem a priorizar as intervenções que resolvam problemas relacionados com a incapacidade motora na pessoa em situação de AVC.

São vários os autores ao longo da história da Enfermagem que definem a comunicação como um dos pilares do cuidado. Comunicar é mais do que falar; engloba competências cognitivas, de linguística e pragmática.

a competência pragmática é a capacidade de usar a linguagem apropriadamente em contextos sociais e situacionais e envolve (...) aspectos não linguísticos” (...) A competência cognitiva é necessária para que a comunicação possa ser relevante, precisa e evidencie um raciocínio claro. (Hoeman, 2011, pp. 526)

A linguagem diz respeito ao sistema de sinais simbólicos utilizados por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e receptivo (compreensão). As alterações podem surgir em cada vertente ou em ambas. (Hoeman, 2011; Sequeira, 2016)

A construção da linguagem contempla várias etapas e inicia-se na infância. Apresenta-se ainda em diversos níveis estando estes estreitamente relacionados com a avaliação e intervenção do enfermeiro junto da pessoa com afasia:

- Linguagem automática: nível básico da produção linguística, respostas habituais como orações, respostas sociais, canções.
- Imitação (linguagem já ouvida anteriormente): a pessoa ouve o que lhe é dito, processa mensagens, produz respostas e avalia o contexto da transmissão.
- Linguagem simbólica: nível mais elevado com uso apropriado do tempo verbal, regras gramaticais e pluralidade (Hoeman, 2011).

Afasia

Considera-se normal, para um adulto, o discurso com cerca de 160/180 palavras por minuto, não fluído com menos de 50 palavras por minuto e fluído com mais de 100 palavras por minuto.

Uma alteração na linguagem pode envolver a forma, o conteúdo ou a função. A afasia pode ser definida como a disfunção linguística expressa pela “perda ou a diminuição de uma capacidade previamente estabelecida de compreensão e/ou formulação de linguagem causada por danos cerebrais” (Hoeman, 2011, pp 527)

Cerca de 1/3 das pessoas com AVC têm afasia. (McGilton et al, 2009; Poslawsky et al, 2010). A afasia pode ocorrer concomitantemente com outras alterações que envolvam a comunicação, podendo tornar difícil a sua identificação e/ou distinção. O diagnóstico diferencial preciso é urgente, uma vez que cada distúrbio requer intervenções específicas (Lourenço e Mendes, 2008).

A rede linguística é complexa e envolve regiões distintas do cérebro, incluindo estruturas sub-corticais como os gânglios da base e o tálamo. Graças aos avanços científicos e de investigação nas áreas da Neurologia e da Comunicação, tem-se conhecido melhor o funcionamento cerebral e as regiões envolvidas na comunicação e linguagem.

A comunicação pode ser verbal e não verbal, sendo portanto, impossível não comunicar. Assim,

a riqueza e complexidade da comunicação de uma pessoa existem por causa das contribuições tanto do hemisfério cerebral direito como do esquerdo [...] o hemisfério direito é dominante na organização da componente afectivo-prosódica da linguagem e do comportamento gestual, e o cerebello pode coordenar sinais físicos através dos quais a comunicação não verbal ocorre. (Hoeman, 2011, pp. 530)

Contudo, a função da linguagem é, na maioria das vezes, associada ao hemisfério esquerdo, independentemente da pessoa ser dextra ou canhota. Este facto deve-se à localização anatómica das principais estruturas envolvidas na linguagem: a área de Wernicke, o giro angular e a área de Broca (Sohlberg & Mateer, 2008).

Pensa-se que o giro angular situado na junção temporo-parietal-occipital une a impressão visual de um objecto (transmitida pelo córtex visual primário e pelas áreas de associação visual dos lobos temporais posterior e occipital) à palavra falada, noticiada pelo córtex auditivo primário e pelas áreas de associação auditivas. Após a ligação inicial e do nome ser registado pelas áreas auditivas, é transmitido para a área de Wernicke para reconhecimento dos padrões de som e palavra. Isso estimula o giro angular, evocando uma memória visual do objecto observado. É na área de Broca que este processo adquire a componente verbal.

Existem diversas nomenclaturas para os tipos de afasia, sendo a afasia fluente e a afasia não fluente a classificação mais consensual. É imprescindível saber identificá-los e distingui-los (Anexo II).

Quando a capacidade de comunicação está afectada, esta é facilmente identificada pelos outros com os quais interagimos e nos relacionamos. É aqui que surge uma dualidade, a “... relação incontroversa entre o privado e o público: de um lado a mente, na sua perspectiva da primeira pessoa, e do outro o comportamento, na perspectiva da terceira pessoa” (Damásio, 2003, pp. 32)

A afasia não afecta apenas a linguagem mas todos os aspectos da vida da pessoa, transformando-se em mais do que uma alteração cognitiva decorrente de uma lesão cerebrovascular. Começa pela despersonalização conferida ao indivíduo quando não consegue responder à simples questão “como se chama?”.

A pessoa que se vê privada de comunicar verbalmente encontra-se vulnerável. Pode sentir-se em desvantagem; na participação social, no desempenho de papéis, na satisfação das suas necessidades, na realização das suas AVD's, na sua funcionalidade, autonomia e independência.

A avaliação da afasia inclui a caracterização do tipo de discurso (espontâneo/fluido), a compreensão da linguagem verbal, a capacidade para nomear, a capacidade para repetir, a compreensão da linguagem escrita e a capacidade para escrever (Marques-Vieira e Sousa, 2016), sendo que, a melhor avaliação dos

processos da linguagem acontece em contexto informal, ou seja, no decorrer de uma conversa natural entre enfermeiro e pessoa. (Hoeman, 2011; Sequeira, 2016)

Fisiopatologicamente, a recuperação precoce da afasia deve-se à melhoria da anóxia, à diminuição do edema e pressão intracraniana. De forma geral, sabe-se que se recupera mais rapidamente a compreensão do que a expressão e que o treino da linguagem oral também melhora a escrita.

A pessoa em situação de afasia tem vontade de comunicar presente, contudo, sente-se frequentemente frustrada pela incapacidade de produzir ou compreender um discurso de forma correcta, podendo levar à depressão e a sentimentos de revolta, frustração, vergonha, ansiedade e angústia (DGS, 2010).

Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista é um profissional de saúde dotado de conhecimentos, capacidades e estratégias que utiliza no contexto laboral em prol das pessoas que necessitam de cuidados de saúde. Atua em todos os níveis de prevenção.

As intervenções de Enfermagem são concebidas para oferecer ao doente um ambiente terapêutico facilitador do cuidado e da comunicação. O cuidado promotor da satisfação das actividades de vida da pessoa em situação de afasia abarca consigo um conjunto de factores, baseados na comunicação e interligados entre si, como a gestão do ambiente, o envolvimento familiar, gestão de energia e a promoção de sistemas de suporte.

O facto de os enfermeiros pensarem que os défices da linguagem competem apenas à área de intervenção do terapeuta da fala faz com que estes sejam sub-diagnosticados. (McGilton et al 2009; Poslawsky et al, 2010). A avaliação pouco cuidadosa e pormenorizada da afasia (ou até mesmo inexistente) leva à incapacidade de individualizar as intervenções, despersonalizando os cuidados.

Segundo (McGilton et al 2009), o ambiente externo é um factor influenciador da comunicação, pelo que é importante o enfermeiro proporcionar um ambiente de privacidade para comunicar com a pessoa (Salgueiro, 2014).

A proximidade e contacto informal enfermeira-doente proporcionam uma avaliação valiosa da pessoa em situação de afasia. “A melhor avaliação ocorre na

observação dos doentes em situações naturais de comunicação a conversar com um parceiro, que pode ser a enfermeira.” (Hoeman, 2011, pp 538)

O EEER ao estabelecer uma relação de confiança permite-se conceber, implementar e monitorizar planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas (OE 2012, pp.1).

O programa de reabilitação deve ter em consideração a avaliação do potencial cognitivo da pessoa; avaliar para reabilitar e avaliar para perceber em que medida as alterações cognitivas podem influenciar a reabilitação (Marques-Vieira e Sousa, 2016), nomeadamente as alterações da linguagem como a afasia. Na minha opinião, torna-se fácil identificar o impacto da problemática para a Enfermagem de Reabilitação uma vez que, o número de pessoas com lesão cerebrovascular adquirida é elevado e cria, inevitavelmente, a necessidade de reabilitação. Se a pessoa tem a comunicação comprometida por uma afasia, o objectivo do EEER será capacitar a pessoa para a participação no seu processo de reabilitação.

Segundo a OE no documento emanado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015), existem áreas prioritárias e áreas emergentes para a investigação em ER. De entre estas, importa salientar como pertinente para o tema como área prioritária - as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva, onde se insere a linguagem e como área emergente a dependência no autocuidado em contexto domiciliário

Apesar dos obstáculos à comunicação não conseguirem ser eliminados na totalidade, o EEER deve ser capaz de identificá-los e reduzi-los. Na verdade, ao desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação de afasia e família, o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado; capacita-as na suas deficiências, limitações da actividade e ou restrições da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (OE, 2010).

Objectivos da elaboração do Relatório

O projecto que serve de base a este relatório teve como objectivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista;

- Desenvolver competências do EEER no cuidado à pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica
- Desenvolver competências do EEER promotoras da transição da pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida

Os objectivos específicos relacionam-se directamente com as competências a desenvolver e com as actividades planeadas, explicitados no referido projecto (Apêndice I).

Filosofia de cuidados que sustentou o Relatório

Abordar as questões da linguagem, nomeadamente a afasia na pessoa com lesão cerebrovascular adquirida, exige considerar o processo de transição que esta vivencia. Meleis et al. (2000) defendem que qualquer mudança no estado de saúde da pessoa pode provocar alterações no seu bem-estar e conduzir a um processo de transição. Foi a partir deste pressuposto que escolhi a aplicação deste modelo ao contexto de estágio e à realização das actividades (Anexo I).

Do ponto de vista conceptual, a Teoria das Transições de Afaf Meleis considera os seguintes conceitos: tipos de transição, factores inibidores/facilitadores e indicadores de processo.

As transições podem ser únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não relacionadas. A pessoa em situação de afasia por lesão cerebrovascular adquirida experiencia de forma subjectiva múltiplas transições, uma vez que vê o seu papel social, profissional e familiar alterado, bem como a sua própria condição de saúde.

A tomada de consciência favorece um processo de transição saudável, pois o desconhecido conduz a medos e o conhecimento da nova situação traz consigo a segurança e aceitação. O nível de consciência influencia o nível de compromisso e reflecte-se no envolvimento da pessoa no processo de transição. (Meleis et al. 2000)

Os factores inibidores e facilitadores têm influência directa da sociedade e comunidade (observável em ambos os estágios). O EEER promove a aquisição de novos conhecimento e habilidades através da sua intervenção com a pessoa em situação de afasia e sua família, partindo da avaliação da mesma, definindo um plano de intervenção conjunto e identificando estratégias de *coping*. O EEER actua no

sentido de reintegrar a pessoa na sociedade, preferencialmente num ambiente adaptado à sua nova condição, podendo funcionar como fator facilitador da transição.

Os indicadores de processo avaliam a eficácia das intervenções de Enfermagem. Estas tornam-se mensuráveis pelos *outcomes*: Mestria e Reformulação da identidade

Considera-se que a pessoa revela domínio sobre o seu processo de transição quando consegue estabelecer uma relação de confiança com o enfermeiro delinear estratégias de *coping*, participar no programa de reabilitação e tornar-se funcional.

Na verdade as transições são o resultado de uma mudança e resultam sempre numa mudança (Meleis et al. 2000). Os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores de utentes e suas famílias que estão a vivenciar um processo de transição. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação visam a transição saudável da pessoa em situação de afasia e sua família.

Por um lado, a fácil e prática aplicabilidade desta teoria ao tema do meu projecto revelou-se um factor facilitador do seu uso. Por outro lado, o desconhecimento deste por parte dos enfermeiros e a dificuldade de manter a continuidade da sua aplicabilidade nos estágios (quando não havia possibilidade de acompanhar o mesmo utente ao longo do internamento/intervenção) foram os principais entraves à sua aplicabilidade. No entanto, considero de extrema importância o seu uso, para compreensão do processo de saúde e transição da pessoa bem como adequar a minha intervenção como EEER, de forma que enquadrei o modelo nos planos de cuidados elaborados (Apêndice II).

Contexto de implementação

O EEER actua todos os contextos da prática de cuidados. Tendo em conta a temática do projecto, abordada à luz da Teoria das Transições e a continuidade dos cuidados indispensável a um programa de Reabilitação, faz-me sentido a realização dos estágios em contexto hospitalar e comunitário sugerido pela Escola. Os locais de estágio foram apresentados pela ESEL.

Visando o contacto com um alargado número de pessoas com lesão cerebrovascular e a maior probabilidade de cuidar de utentes em situação de afasia, escolhi o serviço de Medicina Física e Reabilitação de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo, onde a incidência da patologia de AVC é elevada.

Na segunda parte do Estágio, realizada em contexto comunitário, foi seleccionada uma ECCI também da região de LVT. Acresce-se o facto de ambos os locais de estágio terem EEER (no contexto comunitário a exercer funções de especialista), constituírem uma realidade diferente do meu contexto actual de cuidados e possuírem uma diversidade de situações potenciadoras do desenvolvimento de todas as competências do Enfermeiro Especialista.

Estrutura do relatório

Após a Introdução, onde foi realizado o enquadramento conceptual, identificados os objectivos do Relatório bem como a filosofia de Cuidados subjacente a este, a estrutura distingue-se em dois capítulos principais: primeiramente a descrição das actividades em função dos objectivos delineados no projecto e, posteriormente, realizo a análise e reflexão sobre as aprendizagens de acordo com as competências específicas do EEER desenvolvidas em estágio .

Por fim, elaboro a avaliação da elaboração do Relatório bem como dos Estágios e identifico os pontos fortes e fracos da minha aprendizagem. A conclusão surge como forma de identificar os contributos do Relatório pra a minha prática profissional e para a ER.

2 DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES EM FUNÇÃO DOS OBJECTIVOS DELINEADOS NO PROJECTO

Com o objectivo de desenvolver as competências gerais e específicas preconizadas para o EEER ao longo dos estágios, reflecti e analisei a minha prática, conjuntamente com o professor e EO, através dos Planos de Cuidados, Jornais de Aprendizagem, partilha de experiências com colegas (a par do aprofundamento de conhecimentos diário).

A descrição das actividades por mim desenvolvidas é elaborada tendo por base os objectivos e competências definidos no planeamento das actividades (Apêndice I).

Integrar as equipas multidisciplinares dos serviços, identificando as intervenções de cada elemento, nomeadamente do EEER (Objectivo 1)

Tal como havia definido em cronograma, a integração nas equipas multidisciplinares dos locais de estágio foi gradual, mais intensa nas duas/três primeiras semanas em que se apreende o funcionamento e normas do serviço e se conhecem os diversos profissionais, identificando as intervenções de cada elemento, nomeadamente do EEER.

Como qualquer período de integração (que não se esgota em duas ou três semanas, pois seria muito redutor), a surpresa é um sentimento presente pela novidade constante. As diferenças encontradas em relação à minha realidade profissional actual, despoletaram em mim um misto de sentimentos, entre apreensão e introspecção. É um contexto novo e uma dinâmica de equipa diferente.

Em ambos os locais de estágio foi-me apresentado o serviço (espaço físico) e foi-me dado tempo para consultar os instrumentos disponíveis, nomeadamente os instrumentos de avaliação e registo em Enfermagem de Reabilitação, instrumentos estes que se tornaram integradores dos estudos de caso que realizei, da prática de cuidados diária e do presente relatório. Consultei ainda, por curiosidade e interesse próprio, os instrumentos existentes mas que não têm aplicabilidade diária (em Enfermagem), bem como os que são utilizados por outras especialidades e que compõe o processo do utente. Também fui apresentada aos restantes elementos da equipa, aspecto facilitador da identificação das intervenções inerentes a cada profissional.

No serviço de MFR, esta actividade foi facilitada pela existência de uma sala comum (médicos e enfermeiros), mas dificultada pela distância com os restantes sectores (terapia ocupacional, terapia da fala, fisioterapia). Um fenómeno interessante desta partilha de espaço e penso que, da própria filosofia de cuidados de Reabilitação do serviço, foi a partir de meados do estágio, a equipa médica informar (a mim e ao enfermeiro orientador) da admissão previsível nos dias seguintes de pessoas com alteração da linguagem. Este facto foi indicador de uma integração gradual e conseguida.

Nos primeiros turnos realizados (primeira semana de estágio) procurei apresentar o meu projecto ao enfermeiro orientador e, informalmente, aos restantes elementos da equipa. No serviço de MFR, os profissionais e restantes elementos da equipa estavam habituados à orientação de estudantes de ER, pelo que, eles próprios

demonstravam curiosidade por conhecer o tema do projecto. O meu EO leu e analisámos juntos o projecto.

As passagens de turno podem também ser consideradas momentos de integração na equipa e desenvolvimento de assertividade. Na ECCL não se verificaram estes momentos de continuidade de cuidados. Contudo, existe uma partilha de experiências, vivências, dúvidas e conhecimentos diária (de forma informal) entre as cinco enfermeiras; o que eu designaria de resumo do dia. Acrescentam-se ainda as reuniões de equipa mensais, nas quais participam todos os profissionais da equipa transdisciplinar (excepto o médico) e na qual quis participar, discutindo o caso clínico de um utente. O mesmo não aconteceu na MFR, em que as reuniões clínicas para discussão de utentes realizam-se entre médicos (não havendo justificação para tal segundo enfermeiro chefe).

No entanto, tive oportunidade de participar nas passagens de turno desde o segundo/terceiro turno, assegurando a continuidade dos cuidados através da informação referente ao utente alvo dos meus cuidados. Acrescento que, esta informação foi sempre baseada nos cuidados de ER que prestei em conjunto com o EO, não se limitando à transmissão de informação referente a cuidados gerais. Em nenhum momento me foi dito por qualquer elemento da equipa de enfermagem que não poderia fazê-lo numa perspectiva de cuidados de ER.

Ainda neste serviço, solicitei ao enfermeiro orientador assistir/participar em pelo menos uma sessão de cada profissional (TO, TF, FT, Estudo urodinâmico) desenvolvida com os utentes que acompanhava, de forma a poder identificar os recursos humanos existentes, bem como compreender a articulação entre eles, o que se concretizou e foi relevante para os planos de cuidados que elaborei. Assim, considero que me foi possível gerir os cuidados, tendo como objectivo responder às necessidades individuais de cada pessoa, articulando os diversos profissionais.

Por todos estes aspectos mencionados, sinto que consegui conhecer a dinâmica e organização dos serviços, observando e participando na prática diária de cuidados, nomeadamente nos cuidados do EEER.

Aprofundar conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação que sustentem uma prática baseada na evidência à pessoa com afasia e suas necessidades globais (Objectivo 2)

A vontade e necessidade de aprofundar conhecimentos, ao contrário do que poderia pensar-se, revelou-se essencial e constante no decorrer dos estágios, uma vez que a prática deve ser sempre baseada em conhecimentos sólidos. A variedade de situações e patologias com as quais contactei (desde pediatria à geriatria, de situações ortopédicas a neurológicas, vasculares, respiratórias) obrigou-me à constante actualização de conhecimentos e partilha dos mesmos nos locais de estágio.

A actividade que defini como elaboração de fichas de leitura, como súmula da informação encontrada nas pesquisas bibliográficas, não foi concluída, pela escassez de tempo e organização, bem como pelo cansaço inerente à acumulação do estágio e da actividade laboral; elaborei 3 fichas de leitura. Estas revelaram-se de extrema importância para a consolidação de conhecimentos, bem como para a rápida consulta durante os estágios e posterior conclusão deste Relatório.

No entanto, quando o tempo extra estágio não me permitia aprofundar algumas matérias à prática de cuidados de ER, optei por realizar a consulta de materiais mobilizados das Unidades Curriculares do 1º ano ou consulta de manuais durante os períodos menos movimentados no estágio (ex. quando os utentes se encontravam nos sectores, enquanto aguardava a hora de realizar a visita domiciliária), facto que me permitiu partilhar estes mesmos conhecimentos com os enfermeiros orientadores.

A elaboração de planos de cuidados diários, quer de forma informal através da organização e priorização de cuidados diária, quer através da actualização dos planos de cuidados na plataforma informática *SClínico* a cada turno, permitiu-me também implementar estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados prestados a cada utente.

Durante o estágio em contexto hospitalar identifiquei as necessidades formativas da equipa de enfermagem, em conjunto com o EO, indo ao encontro do tema do meu projecto – “A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida: intervenção do EEER no processo de transição”. Esta identificação surgiu através da participação em passagem de turno e da observação dos cuidados diários, apercebendo-me da incongruência/desconhecimento das alterações de linguagem existentes: identificação, avaliação e intervenção. Tal facto levou-me a à elaboração de uma

sessão formativa submetida ao tema “Comunicar com a pessoa em situação de afasia – perspectiva da estudante de ER” (Apêndice VI).

No entanto, na ECCI não consegui identificar nenhuma necessidade formativa da equipa (tinha o foco no tema do meu projecto), embora no período de estágio tenha participado numa acção de formação realizada por um estudante da licenciatura (Higiene do sono) e, ainda, numa conferência no âmbito da comunicação designada de “11º Simpósio de Enfermagem do HBA – Impacto da comunicação na qualidade dos cuidados” (ANEXO III) – actividade que me propôs no Projecto de Formação. Esta formação reforçou a importância da comunicação eficaz nos cuidados de Enfermagem e a necessidade de adequação da mesma à pessoa/utente, variável consoante a sua individualidade, cultura, patologia, faixa etária.

A par desta, realizei um guia adequado à pessoa alvo dos meus cuidados, pela necessidade de maximizar o autocuidado – letras maiores, com imagens reais, conselhos práticos, de fácil consulta, deixando uma cópia na ECCI para futuras utilizações (em situações semelhantes de fratura do fémur) (Apêndice VII).

Ainda no âmbito das acções formativas, participei numa formação do CHLC pela pertinência que esta tinha para o meu tema: lesão cerebrovascular e processo de transição, nomeadamente transição em situação de saúde/hospital-comunidade. A formação designou-se de “A pessoa com AVC” (Anexo IV).

O aspecto mais interessante da formação foi o seu cariz multidisciplinar, permitindo conhecer a intervenção dos restantes profissionais junto do utente com AVC, através das suas apresentações. Contudo, não foi visível a articulação entre os diversos intervenientes, suscitando-me a dúvida se esta existiria. Acrescento o facto da formação não contemplar apresentação dos TF e TO, profissionais com papel importante num programa de Reabilitação. No que diz respeito à comunicação feita pelos Enfermeiros, esta identificou problemas de Enfermagem como disfagia ou tromboembolismo, não abordando questões relacionadas com a linguagem, levando-me a reflectir sobre o desinteresse nesta área essencial à prática de cuidados.

Penso que atingi o objectivo a que me propôs, uma vez que adquiri conhecimentos no âmbito das temáticas da comunicação e da pessoa com AVC, não me esgotando apenas na pesquisa bibliográfica. As diversas actividades proporcionaram-me conhecer diferentes perspectivas sobre a comunicação, por parte de múltiplos profissionais de saúde (incluindo enfermeiros), fomentando o trabalho

multidisciplinar. Partilhei as minhas reflexões decorrentes destas formações com os colegas no meu local de trabalho e com os enfermeiros dos contextos de estágio.

Analisar as implicações da afasia na comunicação e funcionalidade da pessoa em processo de transição (Objectivo 3)

Como já havia referido e, de forma genérica, no contexto comunitário não tive oportunidade de contactar com utentes em situação de afasia, alteração da linguagem ou lesão cerebrovascular adquirida, pelo que o campo de estágio hospitalar foi o mais adequado para estes aspectos.

Embora quando questionada, a maioria das pessoas em situação de afasia privilegiasse a reabilitação da componente motora em detrimento das questões cognitivas (onde se insere a linguagem), é essencial capacitar a pessoa para que esta se torne independente e autónoma nas AVD's. Esta capacitação nasce da definição de objectivos comuns na reabilitação (utentes, família e enfermeiro, descritos nos planos de cuidados efectuados).

As passagens de turno, a consulta do processo clínico escrito por diversos profissionais e, sobretudo, o contacto com o utente e família permitiram-me identificar as dificuldades comunicacionais sentidas pela pessoa com afasia. Aprendi que, sem dúvida, apenas estando junto das pessoas e famílias, com tempo, falando sobre temas do seu interesse e participando na satisfação das suas AVD's se conseguem definir estratégias de *coping* a utilizar pela pessoa com afasia (redução do ruído, escrever, comunicação por imagens).

Não foi efectuada a avaliação da pessoa com afasia com base na escala definida no planeamento de actividades (BAAL) pela sua inaplicabilidade ao contexto de estágio - demasiado extensa e complexa, acabando por "maçar" os utentes e tornar a avaliação da linguagem demasiado formal, condicionando-a.

A identificação das estratégias que facilitam o processo de transição, bem como os factores pessoais, sociais, facilitadores e inibidores da mudança e, ainda, do tipo de transição vivenciada pela pessoa, foi-me facilitada pelo uso do instrumento que elaborei com base na T. Transições de *Afaf Meleis* (Apêndice IV).

Apercebi-me que também as características arquitectónicas podem tornar-se factores inibidores ou facilitadores do processo de transição, pelo que a sua identificação é essencial. No domicílio esta torna-se óbvia, uma vez que as pessoas

deparam-se com dificuldades diárias quer na satisfação das suas AVD's de forma autónoma, quer com as limitações no programa de reabilitação. A EO da comunidade ensinou-me a ser criativa, a descobrir sempre no contexto de vida da pessoa o que poderia ser benéfico para a sua transição e, identificados os factores prejudiciais, tentar minimizá-los ou eliminá-los, tendo como exemplo a referenciação de uma situação à assistente social e à psicóloga, criando um ambiente terapêutico.

O facto das pessoas se isolarem no domicílio foi apreendido por mim como sinal de uma transição ineficaz e de necessidade de redefinição das intervenções de enfermagem. Embora na maioria das vezes os familiares estejam presentes durante a intervenção do EEER, por vezes é a própria família que se encontra em transição, de papéis familiares por exemplo. Torna-se fácil perceber que a própria família pode constituir um factor inibidor ou facilitador de uma transição saudável.

Já no contexto hospitalar no qual realizei o estágio, constatei que a preparação do regresso a casa inicia-se com o internamento, desenrolando-se de forma fluida e continua; os utentes vão, gradualmente, deslocando-se ao domicílio ao fim de semana, sendo este o momento ideal para se confrontarem com as dificuldades provocadas pelas barreiras arquitectónicas e pela mentalidade das pessoas. É interessante aperceber-me de como este tema ao domingo ou segunda-feira era chave para validar como decorreu o fim-de-semana, dificuldades e facilidades, apoios e estratégias necessárias e, ao mesmo tempo, avaliar e desenvolver estratégias de comunicação na pessoa com afasia (descrição do fim de semana por palavras ou mímica).

Considero que o acompanhamento do quotidiano da pessoa, observando as suas dificuldades e adaptações foi essencial para a concretização deste objectivo. Identifiquei que uma jovem com alteração da mobilidade (marcha com andarilho), não saía para o exterior do seu domicílio pelo risco de queda inerente ao subir/descer um degrau alto (aproximadamente 20-25 cm) que existia no seu quintal. Assim, solicitamos à mãe (cuidadora) que colocasse um segundo degrau, de forma a diminuir o desnível. Por insuficiência económica para tal, adaptámos um bloco de cimento disponível à situação e, embora a jovem continuasse a necessitar de ajuda na deambulação, passou a realizar o seu treino de marcha até ao portão da sua habitação.

Compreender as intervenções do EEER promotoras da comunicação perante a pessoa com afasia e sua família em processo de transição (Objectivo 4)

Tive o privilégio de, no estágio de comunidade, a enfermeira orientadora exercer maioritariamente função de especialista. No hospital, embora o enfermeiro não exercesse em exclusivo estas funções, o próprio serviço é embebido de uma filosofia de cuidados de Reabilitação

No hospital não identifiquei um instrumento utilizado no planeamento da alta enquanto que na comunidade a periodicidade definida para elaboração de registos na plataforma informática RNCCI é orientadora da evolução e preparação da alta.

No contexto hospitalar existe um dossier elaborado por estudantes de ER relacionado com a temática da comunicação, no qual é possível encontrar um quadro de comunicação aumentativa. Corroborando os resultados obtidos da *Scoping Review*, não foram identificados programas de intervenção em ER na comunicação com a pessoa com afasia. No entanto, no hospital existem programas liderados por EEER na área da eliminação no qual tive oportunidade de participar como observadora.

A actividade definida como estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-pessoa com afasia foi transversal a todos as intervenções definidas e cuidados prestados. Sei que, a qualidade desta relação influencia directamente os *outcomes* que a pessoa atinge.

Os *outcomes* também são mensuráveis através dos indicadores de processo identificados por Afaf Meleis e, muitas vezes tornei-os observáveis nos registos de enfermagem ou na confiança que a pessoa manifestou em mim e no enfermeiro orientador. Na verdade os utentes que manifestaram agrado ou executaram os exercícios combinados e, ainda, partilharam as suas preocupação comigo, demonstraram mestria.

O estágio permitiu compreender as intervenções do EEER promotoras da comunicação, bem como os instrumentos disponíveis. No entanto, na transição hospital-comunidade, senti que estas intervenções não eram visíveis, uma vez que o planeamento da alta, embora fosse realizado, não se encontrava descrito em notas de enfermagem. O facto de realizar registos no âmbito de ER, permitiu perceber a evolução dos utentes ao longo do tempo, assegurando a continuidade de cuidados e

facilitando a elaboração de uma carta de alta que espelhasse o processo de reabilitação realizado.

Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais nomeadamente à pessoa em situação de afasia, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem e a Teoria das Transições (Objectivo 5)

Mesmo sem ter consciência disto, o processo de enfermagem é intrínseco à minha prática de cuidados. A colheita de dados é essencial para a avaliação da pessoa e construção do plano de cuidados. Uma avaliação completa da pessoa permite conhecê-la e identificar focos de intervenção individualizados. Embora não existisse nenhum instrumento de avaliação da pessoa em situação de afasia nos serviços, apercebi-me que podia utilizar os instrumentos de intervenção (exemplo, quadro de comunicação aumentativa) como facilitadores da avaliação da linguagem. Desta forma, elaborei registos e simplifiquei a avaliação da linguagem recorrendo a um quadro síntese que imprimi e deixei no dossier de documentação aumentativa do serviço, apresentando-o aos restantes elementos da equipa.

No domicílio a colheita de dados é facilitada, na maioria das vezes, pela presença constante da família e porque o próprio contexto é fornecedor de dados. Como aprendi ao longo da Licenciatura, esta deve ser estruturada. No entanto, a minha prática profissional e os estágios ensinaram-me que esta colheita pode ser realizada integrada nos cuidados, sendo complementada a cada turno.

A elaboração de planos de cuidados/estudos de caso, nos quais integrei a avaliação da transição vivenciada pela pessoa através do instrumento que construí baseado em Meleis, permitiu-me organizar a informação referente à pessoa.

A plataforma de registo SClinico, utilizada em ambos os estágios, permitiu-se identificar os problemas de enfermagem, formulando diagnóstico de enfermagem através de linguagem CIPE, bem como planear as intervenções podendo avaliá-las e adaptá-las. A plataforma informática RNCCI, ajudou na monitorização da evolução da pessoa, bem como na articulação da informação entre as diversas tipologias da rede/outros serviços de saúde, permitindo-me sucessivas reavaliações.

Foi possível individualizar os cuidados de enfermagem, através da elaboração de planos de cuidado, onde identifiquei as necessidades da pessoa em conjunto com esta e com os restantes profissionais, sendo exemplo a adopção de estratégias para calçar sapatos - uso de calçadeira. O recurso ao processo de enfermagem como estruturante dos cuidados foi facilitador do cuidado à pessoa com necessidades especiais.

A envolvimento da família e da pessoa foi identificada em ambos os contextos, uma vez que esta se encontrava presente ora nas visitas domiciliárias ora em contexto hospitalar. Colhi informações ao longo das sucessivas intervenções que tive, uma vez que quanto mais próxima me encontrava do utente e família, mais disponíveis estes se demonstravam. Apercebi-me que a presença dos cuidadores influenciava positiva ou negativamente a colheita de dados junto do utente, pelo que como estratégia, procurei conversar com os utentes sozinhos e na presença dos cuidadores. Recordo o exemplo de um jovem com LVM, o qual na presença da esposa verbalizava não ter dúvidas e “sentir-se bem” e “sem dificuldades” (SIC), e apenas na minha presença ou do EO colocava diversas questões e receios.

À medida que prestei cuidados de ER procurei reavaliar o utente, de forma a reformular o plano de cuidados, pelo que considero ter atingido o objectivo definido.

Analisar o processo de aprendizagem/prática profissional mediante a tomada de decisão ética, baseada em princípios, valores, normas deontológicas e competências do Enfermeiro Especialista (Objectivo 6)

A principal metodologia que encontrei para analisar o processo de aprendizagem enquanto EEER foi a elaboração de jornais de aprendizagem. No entanto, não consegui realizar 1 jornal de aprendizagem por semana pela escassez de tempo entre estágio, trabalho e vida pessoal. No entanto, considero que os realizados foram um instrumento essencial para mim no alcance do objectivo definido.

A análise do processo de cuidados de ER com o utente e pessoas significativas potencia a satisfação da pessoa (OE, 2015). A participação na reunião de equipa multidisciplinar da ECCI, podendo discutir as utentes que acompanhava permitiu-me desenvolver a tomada de decisão em equipa. Também na análise diária do plano de

cuidados com o utente (por vezes pequenos pormenores como os exercícios a realizar, o horário dos mesmos ou o estado de espírito da pessoa) são potenciadores da tomada de decisão da pessoa em conjunto com o enfermeiro.

A experiência de voltar a ser estudante, submetida a um contexto de trabalho diferente do meu, em processo de formação e avaliação, onde senti em determinados momentos a responsabilidade e pressão de “saber”, “saber estar” e “saber fazer” obrigaram-me a desenvolver o autoconhecimento e assertividade.

ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS GERAIS DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Na minha opinião, a forma excepcional de desenvolver as competências definidas no projecto é o contexto de prática clínica, através dos estágios realizados. Segundo Benner, “com a experiência e o domínio, a competência transforma-se. E esta mudança leva a um melhoramento das actuações” (Benner 2001, pág. 63).

Uma vez que as competências, gerais ou específicas, descrevem os resultados da aprendizagem numa linguagem comum (DGES, 2009), é essencial reflectir sobre o desenvolvimento das mesmas ao longo dos estágios.

No que diz respeito ao domínio das competências comuns preconizadas pela OE:

2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal (A)

A responsabilidade profissional está inerente à prática de cuidados, estando ciente que para o EEER, pelo conhecimento aprofundado e a capacidade de tomada de decisão fundamentada que tem, esta assume maior relevância.

Reconheço que no quotidiano da prática de cuidados somos inundados com inúmeras questões éticas e tomadas de decisão; no estágio não foi diferente – na discussão e priorização de intervenções junto do EO, na realização de planos de cuidados diários (mentais ou escritos), na elaboração de notas de ER enquanto estudante todos os turnos, na participação nas passagens de turno, actualizando continuamente os cuidados à pessoa ou ainda no estabelecimento diário/semanal do objectivo e plano conjuntamente com o utente.

Foi sempre minha prioridade proteger a pessoa, a sua privacidade e confidencialidade de informação, nomeadamente em situações complexas a nível familiar com questões judiciais inerentes. Em contexto domiciliário, no qual invadimos o espaço privado da pessoa e nos apercebemos das relações familiares ou das condições socioeconómicas e habitacionais é essencial não deixarmos que os juízos de valor condicionem a nossa avaliação e intervenção. Também no hospital, em situações de LVM em utentes jovens, na readaptação familiar a esta nova condição é essencial respeitar a dignidade da pessoa, e protegê-la em momentos de vulnerabilidade acrescida.

A observação quer dos utentes quer da equipa permitiu-me identificar as funções de cada elemento e ainda, reconhecer as competências inerentes ao EEER.

A elaboração de Jornais de aprendizagem, segundo o Ciclo de *Gibbs*, permitiu-me orientar o meu processo de aprendizagem e, reflectir sobre as situações e dificuldades com que me fui deparando.

“as narrativas relativas à aprendizagem experiencial ligam o formando, o contexto, as interacções e o tempo (...) tocam características humanas comuns” (Benner, 2005, pág. 13). Elaborei os jornais de aprendizagem à medida que a minha necessidade reflexiva surgiu e a gestão de tempo o permitiu. No entanto, não foram raras as vezes em que senti necessidade de discutir questões pertinentes com o OE, existindo uma partilha de ideias e experiências constante, o que me permitiu desenvolver uma prática profissional e ética, nomeadamente na toma de decisão.

Os jornais de aprendizagem (Apêndice V) espelham ainda o desenvolvimento das competências de auto-aprendizagem, de forma orientada e autónoma (DGES, 2009), sendo os seus temas; comunicação e alteração da linguagem, cuidado individualizado, processo de transição, integração/adaptação ao contexto de estágio e reunião de equipa multidisciplinar. Foi sempre minha preocupação articular as experiências analisadas com as orientações do CDE.

Durante o estágio de ECCI tive oportunidade de participar numa reunião multidisciplinar. Intervim pontualmente, mas ajudou-me a reflectir sobre a capacidade de tomada de decisão em equipa (Apêndice V). O facto de cada elemento ter oportunidade e até ser incentivado a partilhar as situações de cuidados que o inquietam, fez-me identificar a tomada de decisão em equipa, com o envolvimento desta na prestação de cuidados.

2.2 Melhoria contínua da qualidade B

A melhoria continua da qualidade só é possível se baseada num suporte sólido de conhecimentos, actualizados. Para tal fui partilhando todo o conhecimento que reuni/encontrei com os colegas de Especialidade, bem como com os orientadores. Também no que diz respeito à *Scoping Review* realizada para o Projecto, tive preocupação e interesse em partilhar os resultados que daí retirei na apresentação/formação que realizei no hospital durante o estágio, submetida ao tema “Comunicar com a pessoa em situação de afasia – perspectiva da estudante de ER” (Apêndice VI).

Com o objectivo de incorporar conhecimentos na melhoria da qualidade da prática e após sugestão pelo enfermeiro chefe do serviço, optei por disponibilizar a apresentação que efectuei em suporte digital para consulta no serviço.

Embora não fosse no âmbito do tema do meu Projecto, mas tendo-me deparado com três utentes com patologia ortopédica (fractura fémur), com idade avançada, que colocavam dúvidas (e frequentemente se esqueciam dos cuidados e exercícios a realizar), senti necessidade de elaborar um guia orientador de cuidados para a pessoa em processo de reabilitação pós fractura do fémur: posicionamentos, cuidados e exercícios. Este guia foi adaptado à situação particular da utente X, não contemplando a forma tradicional de um guia em livro ou folheto. Optei por utilizar linguagem corrente, imagens exemplificativas de dimensões maiores e em formato fotografia que eu própria tirei, de forma a aproximar-se o mais possível da realidade.

Com o intuito de promover a melhoria continua da qualidade, optei por deixar uma cópia desse Guia na ECCI, de forma a que os Enfermeiros pudessem utilizá-lo quando se justificasse (ApêndiceVII).

Sendo que já sou enfermeira de cuidados gerais, seria impossível dissociar o que apreendi do meu contexto de trabalho, uma vez que passei os dias dividida entre o meu serviço e o local de estágio. O que aprendi no estágio, como técnicas de transferência, avaliação da linguagem, posicionamentos tendo em conta o contexto domiciliário, transporte para o meu dia-a-dia de trabalho. Não foram raras as vezes que partilhei este conhecimento e experiências com os colegas, trazendo uma forma diferente de cuidar, nomeadamente na transição hospital-comunidade.

Tendo por base a gestão do ambiente centrado na pessoa, especificamente o respeito pelas necessidades espirituais, realizei um Jornal de Aprendizagem que partilhei com a equipa da ECCL, onde reflecti sobre o impacto da necessidade espiritual na reabilitação da pessoa aos níveis físicos e psicológicos (Apêndice V).

De facto, as crenças e necessidades espirituais da pessoa influenciam o processo de reabilitação; no entanto, também a forma como se estabelece o programa de reabilitação afecta a componente espiritual e religiosa da pessoa. Quando a Sra. X, durante a nossa intervenção questionou se já conhecíamos a igreja da sua terra (situa-se ao fundo da rua, talvez uns a uns 100/150 metros de distância da sua casa), dizendo “Há muitos meses que não vou lá, senão mostrava-a às senhoras enfermeiras, ia lá muitas vezes mas agora não posso” (SIC), fez-me planear a intervenção para a semana seguinte. Combinámos um dia com a utente, até ao qual realizámos treino de marcha no exterior da casa. No dia X, era visível a satisfação da Srª na ida à Igreja. O facto de conseguirmos agregar numa visita domiciliária o programa de reabilitação motora com a satisfação de necessidades espirituais da pessoa e família pareceu-me um aspecto positivo da intervenção. Esta satisfação só foi possível através da discussão das intervenções inerentes ao processo de cuidados do EEER em conjunto com a Srª X e a sua filha (OE, 2015). Também senti que, o EEER “envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas” (OE, 2011, pp.7).

Na minha prática de cuidados diária, talvez não me debruce sobre as questões espirituais por serem menos objectiváveis. A pergunta “como se sente?” remete na maioria das vezes para questões de natureza física ou relacionadas com a patologia e não são frequentes as avaliações relacionada com a religião ou hábitos e necessidades espirituais. É comum darmos ênfase a esta componente apenas se a pessoa referir ou manifestar necessidade. A partilha deste JA com a restante equipa consciencializou-nos para estas necessidades.

Também a área da Gestão do Risco foi do meu interesse, até pela estreita ligação com os PQCE, fazendo parte do grupo das Úlceras por Pressão do meu serviço como elo de ligação. Criar um ambiente seguro, nomeadamente na prevenção de quedas, com adequação do mobiliário, ou na úlcera por pressão com a adequação da alimentação, foram objectivos e intervenções transversais aos dois contextos de estágio.

Sabendo que há factores que não são preveníveis, é importante apostar na prevenção junto dos utentes e famílias (o Guia elaborado na ECCL é disto exemplo). Deparei-me com situações em que até os animais de estimação se tornaram factores de risco quando há mobilidade reduzida (levando a queda no caso da Sr^a X); o uso de tapetes (dificultando o treino de marcha); os posicionamento incorrectos (com necessidade de formação à cuidadora).

Todas estas intervenções espelham a melhoria através da continuidade dos cuidados, patente nos registos de Enfermagem. Na ECCL, o registo de enfermagem de Reabilitação é baseado na CIPE pelo que se torna avaliável (embora não o seja feito) e passível de reflectir ganhos com o programa de reabilitação, podendo adequar-se constantemente o plano. Nem sempre acontecia pela escassez de tempo/organização para a elaboração dos registos, embora me tenha apercebido que com a minha presença estes registos encontravam-se mais facilmente actualizados. No hospital, registo dos cuidados prestados no âmbito da enfermagem de reabilitação é, maioritariamente, efectuado quando há estudantes.

2.3 Gestão dos cuidados C

Ao enfermeiro especialista cabe gerir os cuidados quer ao nível de recursos materiais quer ao nível de recursos humanos, nomeadamente na articulação intra e inter disciplinar, optimizando a resposta da equipa.

Tendo em conta as características sócio – económicas da população portuguesa, e como pude verificar, dos utentes alvo dos cuidados do EEER no domicílio, a escolha de recursos materiais a usar é essencial para evitar o “comprar tudo o que o enfermeiro ou médico diz” (SIC).

Várias foram as estratégias que utilizei para este aconselhamento e gestão de recursos: quando possível, substituí o bastão utilizado para exercício de expansão pulmonar na RFR pela bengala, cabo de vassoura ou guarda-chuva, os suportes para sacos colectores por argolas de cortinados, os pesos para fortalecimento muscular por pacotes de arroz. Se era imprescindível ou mais benéfico para o utente o uso de um determinado equipamento, disponibilizei os contactos do Banco de Ajudas Técnicas ou orientei para outras instituições na comunidade (paróquias, IPSS) onde adquirir/alugar os produtos necessários – andarilho, camas articuladas, cadeira de rodas, canadianas. Também a própria ECCL tinha alguns auxiliares, como colchão de

pressão alternada e que, ao mesmo tempo que ajuda economicamente a família, permite priorizar os cuidados após avaliação das necessidades da pessoa e gerir os recursos existentes entre as enfermeiras da ECCL.

No internamento, para avaliar a capacidade de escrita recorri a canetas com cabo e ponta mais grossa, de forma a ser mais fácil escrever e ler (os meus próprios marcadores) E recorri a jornais e notícias impressas de temas do agrado dos utentes. Ainda neste serviço, em conjunto com a TO, identifiquei a necessidade de disponibilizar talheres adaptados para o Sr. X com alteração da motricidade fina e a adaptação de uma sonda (maior diâmetro e comprimento) em substituição da palhinha para beber água e sopa de forma independente.

Em conjunto com o meu orientador, aprendi a seleccionar a cadeira de rodas mais adequada ao utente com determinada alteração da funcionalidade, por exemplo, se a hemiparésia é esquerda ou direita requer uma cadeira diferente, adaptada, por forma a potenciar a autonomia. Até ao momento do estágio, só conhecia a cadeira de rodas *Standart*, em que o utente se encontra sempre dependente de outra pessoa para se deslocar.

A gestão multidisciplinar é um desafio complexo. No entanto, pela relação de proximidade e confiança que se cria com os utentes e famílias, bem como pelo tempo dispendido junto destes, cabe ao Enfermeiro Especialista articular os recursos humanos existentes numa equipa. Na comunidade, quando sinalizámos uma situação familiar de luto recente do genro da utente (há 2 meses), solicitámos apoio da psicóloga; e como a cuidadora da senhora se desempregou para cuidar dos pais dependentes (papel desempenhado pelo genro da utente), solicitou-se apoio da assistente social.

É de facto, o Enfermeiro especialista que coordena todos os recursos mesmo, no meu caso específico, fora do âmbito da Reabilitação; nas visitas domiciliárias, ao constatar-se uma jovem grávida, encaminhou-se para a colega da UCC responsável pelo Curso de preparação para o Parto e encaminhamento ao hospital de referência.

No hospital, como havia referido, esta articulação tornou-se mais complicada pelo afastamento físico entre os diversos sectores/profissionais e a inexistência de reuniões multidisciplinares. A gestão era mais eficaz entre médicos e enfermeiros, embora fosse em conversas por vezes informais.

Não houve articulação entre serviços com o objectivo de preparação para a alta e transição hospital-comunidade, pois nenhum utente teve alta comigo, apenas um para o domicílio mas sem necessidade de apoio.

Ao nível da liderança, verifiquei que no meu local de trabalho os colegas questionavam-se aquando de cuidados relacionados com a Especialidade, como por exemplos, posicionamento ou avaliação do utente com disfagia. Como estudante, embora por vezes tenha sentido dificuldade em reconhecer a minha competência na área específica de ER, fomentei a reflexão e análise de práticas junto da equipa, nomeadamente aquando da sessão de formação sobre comunicação com a pessoa em situação de afasia, uma vez que todos os presentes partilharam as suas experiências e reflexões face aos conteúdos apresentados.

Tomei iniciativa nos cuidados, embora sentisse necessidade de validar primeiramente com o EO. Senti que estes aspectos permitiram-me desenvolver a capacidade de liderança.

2.4 Desenvolvimento das aprendizagens profissionais D

O desenvolvimento profissional cria-se no ambiente de trabalho, através das interacções diárias com os utentes e os pares. Diria que a identidade profissional é fortemente influenciada pela sociedade e pelo contexto organizacional onde nos inserimos. O facto de ter a possibilidade de realizar um estágio na comunidade não direccionado para alterações da linguagem, no início revelou-se uma preocupação, mas apercebi-me que me permitiu desenvolver todas as outras competências inerentes ao EEER.

O contexto hospitalar enquadrou-se com o tema do meu trabalho e, reflectindo sobre as experiencias que ambos os contextos me proporcionaram, foi-me possível analisar/compreender os processos de transição vivenciados através da identificação de factores inibidores e facilitadores. Na verdade, o facto de estágio da ECCI ter sido primeiro, despertou-me para questões relacionadas com o regresso a casa das pessoas com as quais contactei posteriormente no internamento.

Ao identificar necessidades formativas nas equipas que integrei, conjuntamente com os meus orientadores, procurei adaptar as competências de formadora ao contexto onde me encontrava, pelo que realizei uma formação para os pares submetida ao tema “Comunicar com a pessoa em situação de afasia –

perspectiva da estudante de ER” (Apêndice VI) e Guia orientador dos cuidados à pessoa com fratura do fêmur (“anca”): posicionamentos, cuidados e exercícios práticos (Apêndice VII). Em ambas os instrumentos procurei integrar a evidência científica encontrada dentro do tema, partilhando-a com os colegas.

O autoconhecimento desenvolve-se ao longo da vida e não apenas no contexto de trabalho. No entanto, em situações de stress como os estágios, nomeadamente quando já somos enfermeiros e temos um “olhar” carregado de responsabilidade e experiência, esta característica exacerba-se. A elaboração de Jornais de Aprendizagem tendo como referencial de reflexão o Ciclo de *Gibbs* revelou-se essencial para a reflexão sobre os cuidados, mas também sobre mim própria: crenças, sentimentos.

3 ANÁLISE E REFLEXÃO SOBRE AS APRENDIZAGENS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEER DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

No que diz respeito às competências específicas do EEER preconizadas pela OE e tendo por base o *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* (OE, 2010b), descrevem-se e analisam-se as aprendizagens realizadas nos estágios de acordo com cada um dos três domínios.

3.1 Cuida da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Prestei cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais nomeadamente à pessoa em situação de afasia, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem e a Teoria das Transições

No âmbito deste processo, a avaliação inicial é essencial para conhecer a pessoa, pois permite envolver a família, identificar e gerir expectativas e estabelecer objectivos realistas. A realização de colheita de dados foi, muitas vezes, o primeiro contacto com o utente e família alvo dos cuidados. Esta colheita permitiu reunir toda a informação pertinente sobre o utente e sua família e, ainda, transformar-se no primeiro contacto entre mim e a pessoa, funcionando como o ponto de partida para o estabelecimento de uma relação que se pretende terapêutica e de confiança.

Procurei reunir toda a informação disponível sobre o utente, consultando o processo físico (com informação clínica referente a outros hospitais), o processo informático (através do *S.Clínico* ou plataforma RNCCI), os pares e profissionais de saúde e o próprio utente e família. A avaliação inicial orienta-se pelo *S.Clínico* (hospital e ECCI), embora na ECCI exista um documento orientador em suporte papel que não é utilizado (usei-o na construção do meu documento de colheita de dados).

No meu contexto de trabalho sou induzida a realizar a colheita de dados no momento de admissão da pessoa e até 48h após. Embora concorde que é imprescindível recolher a informação relevante sobre o utente e a sua situação de

saúde de forma precoce, tenho-me apercebido da importância que tem a colheita de dados realizada de forma informal, durante a nossa intervenção com os utentes.

No estágio realizado na comunidade este aspecto foi visível, uma vez que pelo menos duas a três vezes por semanas, nos deslocamos ao domicílio da pessoa, sendo surpreendente em como em todas estas deslocações consegui recolher dados; até o próprio contexto, familiar, social e habitacional da pessoa nos ajuda a apreender informações (optei pela entrevista não estruturada). Relembro-me de situações em que a infraestrutura da habitação dificultava o treino de marcha da jovem X com a ajuda da sua mãe, pelo que a observação directa e compreensão do dia-a-dia daquela família permitiu adequar a intervenção: realização de exercícios de fortalecimento muscular entre visitas do ER (a mãe ajudava a filha) e treino de marcha com o ER nas visitas domiciliárias.

No hospital, os internamentos, na sua generalidade, eram longos, pelo que esta interacção e avaliação também foram feitas de forma gradual, respeitando principalmente o processo de transição que a pessoa experienciava.

É imprescindível avaliar o risco de alteração da funcionalidade da pessoa e o seu impacto nas AVD's. Para a realização da avaliação da pessoa é pertinente utilizar escalas e instrumentos de medida que avaliem as funções cardio-respiratória, motora, sensorial, cognitiva, de alimentação e de eliminação e não avaliar apenas a linguagem por ser tema do projecto. Recorri aos diversos instrumentos e recursos disponíveis (que acima mencionei), bem como ao instrumento que criei sobre a Teoria de Transição de *Meleis* (Apêndice IV) (orientou-me na estrutura do plano de cuidado pela identificação dos factores facilitadores e inibidores da transição vivenciada) e ao quadro de comunicação aumentativa disponível no hospital (utilizei-o simultaneamente como instrumento de avaliação e intervenção). Não existia qualquer instrumento para avaliação da pessoa em situação de afasia em nenhum dos contextos.

A avaliação neurológica foi realizada de forma faseada (pelo cansaço inerente a uma pessoa com afasia, alterações motoras ou cognitivas, entre outras). Esta avaliação, explanada nos Estudos de Caso realizados, permitiu-me monitorizar a evolução da pessoa com AVC.

Os instrumentos de avaliação que seleccionei com base nos utilizados nos serviços e os recomendados pela OE (OE, 2016), permitiram-me a uniformização da

linguagem: Escala de Equilíbrio de *Berg*, Escala de *Morse* e Escala de *Braden* (instrumentos pertencem aos padrões de qualidade da OE), Teoria de *Afaf Meleis*, avaliação neurológica, Escala de Coma de *Glasgow*, força muscular *Medical Research Council* e Escala de *Lower* (esta última era a utilizada nos registos no hospital), Escala de *Ashworth* modificada

Acrescento ainda o uso da MIF; foi interessante perceber que esta não é utilizada na ECCI e no hospital apenas é utilizada pela equipa médica (aplicada no início, meio e fim do internamento). Mas uma vez que faz parte do processo físico do doente foi-me possível consultá-la e compará-la com os resultados que obtive. Para além disto, acrescentei o item dedicado à avaliação da comunicação contemplado nesta escala, revelando-se útil na monitorização da evolução da pessoa (avaliação no início e fim do internamento), bem como na comparação e partilha de informação com os restantes profissionais que utilizam este instrumento (nomeadamente médicos Fisiatras).

Com ajuda do orientador observei exames complementares de diagnóstico passíveis de me ajudar a compreender a história de saúde da pessoa.

Um dos principais ganhos foi o desenvolvimento da capacidade de observação, progressiva, nomeadamente na ECCI, através do contexto habitacional social e familiar. Transversalmente à observação e avaliação, reaprendi a importância de abster-me de emitir juízos de valor sobre as pessoas alvo de cuidados (CDE, artigo 81º e), pp 89).

A observação da pessoa e da sua dinâmica familiar, interacção com as suas visitas no hospital, a par da observação física (com, por exemplo, a auscultação pulmonar) deu-me informações relativas aos seus potenciais problemas.

No que diz respeito à avaliação da pessoa em situação de afasia esta inclui o discurso espontâneo, a compreensão da linguagem verbal, a compreensão da linguagem escrita, a capacidade para nomear, a capacidade para repetir e capacidade para escrever (Marques-Vieira e Sousa, 2016). Segundo Caldas (2000), a classificação dos tipos de afasia faz-se de acordo com os critérios de fluência, compreensão, nomeação e repetição. Acresce-se a capacidade de escrita e leitura. No entanto, a melhor avaliação dos processos da linguagem acontece em contexto informal, ou seja, no decorrer de uma conversa natural entre enfermeiro e pessoa. (Hoeman, 2011; Sequeira, 2016)

Desta forma, não utilizei uma das estratégias identificadas no projecto, a BAAL, pela sua inaplicabilidade nos locais de estágio (muito extensa e complexa).

É essencial que após a avaliação, se afirmem as expectativas sobre a sua situação de saúde e, nomeadamente, sobre a intervenção do EEER e que se negoceie com a pessoa o plano de intervenção. Só assim faz sentido identificarmos os problemas existentes e formularmos diagnósticos de enfermagem. Neste sentido, numa situação identifiquei que o utente esperava que eu o ajudasse a recuperar a mobilidade do membro superior (negando preocupar-se com as alterações de nomeação que tinha no seu discurso); adaptei a minha intervenção: aproveitei a realização de mobilizações passivas do membro superior direito para treinar as questões de linguagem (descrição dos exercícios ou nomeação de partes do corpo).

Também nesta situação a esposa colocava diversas questões sobre a patologia e sobre a nossa intervenção, demonstrando interesse em ser incluída no plano de cuidados, pelo que assistiu e participou nas minhas intervenções (transferências, mobilizações, treino da linguagem) e solicitei que trouxesse livros didáticos (legendagem/identificação de figuras) e o rádio do utente, trabalhando em conjunto comigo e replicando os exercícios durante os fins de semana no domicílio.

Embora o tema do meu projecto seja relacionado com as alterações da linguagem - afasia, apercebi-me que mesmo que as patologias instaladas nos utentes fossem distintas (situações ortopédicas, respiratórias, neuromusculares, lesões vertebromedulares, AVC's, TCE), existem aspectos comuns: a alteração da dinâmica familiar, a maior dependência física, alterações do equilíbrio, alterações da força muscular, alterações cognitivas.

É essencial nos cuidados de ER identificar o impacto que estas alterações têm na funcionalidade da pessoa e na autonomia para o desempenho das suas actividades de vida diárias como vestir-se, alimentar-se, andar e controlar a eliminação. Os instrumentos utilizados como a MIF ou a Teoria de Transição de *Meleis* permitiram-me a monitorização da evolução dos utentes ao nível da sua independência. No estágio em contexto hospitalar, dei tempo aos utentes para se vestirem de forma autónoma, ensinando estratégias para o fazerem, como vestir o lado mais afectado primeiro ou colocar a roupa por ordem de forma prática. Também ensinei o utente a dembular com auxílio de andarilho de forma a poder deslocar-se

autonomamente e em segurança desde o quarto à sala de refeições e, posteriormente no domicílio.

Os diagnósticos de enfermagem são levantados após identificar os problemas junto do meu orientador e restantes elementos, bem como através da validação das expectativas que as pessoas têm sobre o seu processo de reabilitação. As expectativas são múltiplas e diversas, e todas devem ser tidas em conta no plano de intervenção; a Sr^a idosa que anseia poder andar até à igreja ao fundo da sua rua, a mãe cujo objectivo é ver o seu filho a frequentar a cresce (sem traqueostomia), o Sr^o X Engenheiro Informático que gostava de ver a sua hemiparésia recuperada.

Embora saiba que as expectativas dos profissionais de saúde nem sempre vão ao encontro das identificadas pelos utentes, fiquei surpreendida ao perceber que em 5 dos 6 utentes com alteração da linguagem que tive oportunidade de cuidar, a componente motora era o principal enfoque e preocupação, em detrimento das alterações cognitivas, chegando um deles mesmo a responder: o que é para si mais importante de recuperar? “a força do braço” Então e a fala? “Não me importo” (SIC).

Identificar os factores preditores de qualidade de vida da pessoa com AVC relaciona-se directamente com o conceito de qualidade de vida. Segundo Hilari, Needle & Harisson (2012), embora não sejam identificados os factores mais prevalentes, são enumerados os aferidos da revisão sistemática realizada: o stress emocional, a afasia severa, alterações na comunicação social e a limitação da participação nas actividades.

No entanto, as experiências obtidas nos estágios são corroboradas por (Hoeman, 2011: Poslawsky et al, 2010), e pela minha experiência pessoal enquanto enfermeira, de que são privilegiados os cuidados de reabilitação motora, quer por produzirem resultados observáveis quer por existir défice de formação e programas em enfermagem direccionados para a reabilitação da pessoa com alterações cognitivas, nomeadamente alterações da linguagem.

Também a evidência científica que encontrei no âmbito da Enfermagem de Reabilitação e, ainda mais, produzida por ER relacionada com as alterações da linguagem é praticamente nula, revelando-se um dos desafios para esta Especialidade.

De forma a elaborar planos de cuidados que tivessem em conta as expectativas e necessidades identificadas pelas pessoas, e na ausência de planos de cuidados

definidos pelo EEER, optei por integrar a avaliação da pessoa segundo *Afaf Meleis* também no plano de cuidados, uma vez que este instrumento funciona como definidor de intervenções do EEER dirigidas à individualidade de cada pessoa, como por exemplo a aquisição de novos conhecimentos por parte dos utentes e famílias.

Maioritariamente os registos do ER resumiram-se ao *SClinico*, uma vez que não existe um plano definido no processo físico do utente, e são realizados por alunos da especialidade, no campo destinado às notas gerais. Não senti qualquer impedimento à realização destes e à transmissão dos mesmos na passagem de turno. Também na plataforma da RNCCI, procurei manter os registos dos utentes alvo dos meus cuidados actualizados no âmbito da ER.

Desta forma, e após uma longa reflexão, optei por identificar o foco *Transição* no *SClinico*, plataforma de registos que funciona em linguagem CIPE e que me permitiu uniformizar os registos e os planos de cuidados (também inclui nos estudos de caso). No entanto, esta ideia e estratégia não foi adoptada pelas equipas onde me inseri, que vêem nos registos “um gasto de tempo”.

De facto, o significado atribuído às transições pode ser negativo ou positivo (Meleis, 2010). Os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores dos utentes e famílias que vivenciam um processo de transição. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação visam a transição saudável da pessoa em situação de afasia e sua família. As transições são o resultado de uma mudança e resultam sempre numa mudança, independentemente dos contextos: domicílio ou hospital (Meleis et al. 2000).

Procurei discutir as alterações das funções a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, alimentação, eliminação e sexualidade com a pessoa e cuidador e defini com estes quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida.

A presença constante da família no domicílio (é obrigatório estar presente a pessoa de referência durante as visitas do EEER) permite ao ER esclarecer questões que surjam, capacitar a pessoa bem como o seu cuidador e maximizar a sua funcionalidade, ao mesmo tempo que deixam pouco espaço para a intervenção apenas com a pessoa: a mãe que substitui a filha nas suas AVD's ou a esposa que recusa ter o aspirador de secreções visível. Na primeira situação expliquei à mãe os benefícios da filha fazer os exercícios ou actividades por si mesma (levantar do leito,

alimentar-se) e sugeri funções durante a minha intervenção para que esta se sentisse útil e deixasse a filha realizar os exercícios sozinha: calçar os ténis à filha, arranjar um cabo para os exercícios de RFR (reeducação costal global) ou um espelho.

Na segunda situação, compreendi junto da esposa que esta não gostava de ter o aspirador na mesa de cabeceira por questões estéticas, de higiene e pela representação do agravamento da doença do marido, pelo que acordámos retirar o aspirador do armário apenas aquando da minha intervenção. Houve situações em que me limitei a conhecer e aceitar, não tentando mudar todos os hábitos.

No hospital consegui implementar um programa de reabilitação (do qual resultou um plano de cuidados – Apêndice II), à pessoa com afasia e sua família (nomeadamente a esposa presente em todas as visitas), no qual me foi possível realizar mobilizações passivas do membro superior direito enquanto intervinha na componente da linguagem (a componente motora era a principal preocupação do utente).

Os planos de cuidados que realizei permitiram-me comparar as diversas avaliações que realizei e os *outcomes* das intervenções, devido ao uso de instrumentos de avaliação e registo/escalas. Esta monitorização da evolução dos utentes levou a uma constante adequação do programa de reabilitação.

O facto de incluir nos estudos de caso “notas de evolução” tornou visível o resultado das intervenções, que fui sentindo necessidade de adaptar em conjunto com o utente.

Tive oportunidade de desenvolver diversas competências do EEER; no estágio de ECCI, embora não tenha conseguido desenvolver o tema do meu projecto – a pessoa em situação de afasia – acompanhei os cuidados de ER a uma criança de 2 anos, nomeadamente na área da RFR, através de exercícios de limpeza das vias aéreas. Também no mesmo estágio, contactei com vários utentes idosos, três deles com patologia ortopédica (fratura do fémur), com os quais consegui desenvolver intervenções direccionadas para a componente motora e, actuar preventivamente na componente respiratória, quer pela co-morbilidades, quer pela limitação motora que conferida pelo problema de saúde principal. Também actuando ao mesmo nível de funções (respiratória e motora), realizei mobilizações passivas a uma utente com esclerose múltipla, bem como treinei o equilíbrio, fortalecimento muscular e marcha

de uma utente jovem, após internamento por sépsis do qual resultou uma síndrome de imobilidade, com um processo familiar e condições habitacionais complicadas.

Também o estágio hospitalar foi rico em experiências: cuidei de utentes com diversas patologias, sendo o desenvolvimento das diversas competências do EEER uma preocupação constante do meu orientador; acompanhei utentes em programa de reabilitação pós AVC, TCE, situações ortopédicas ou LVM.

No entanto, em ambos os estágios o desenvolvimento de competências na reabilitação das funções respiratórias foi maioritariamente no âmbito da prevenção, não existindo nenhuma situação de cuidados a um utente com patologia respiratória descompensada e ou exacerbada.

Em todas as situações de mobilidade reduzida ou patologia respiratória secundária como asma ou DPOC, realizei exercícios de relaxamento, consciencialização da respiração e reeducação diafragmática, como inspirar pelo nariz e expirar pela boca (“cheirar a flor, soprar a vela”), expirar com os lábios semi-cerrados e reeducação costal global (cabo da vassoura, chapéu de chuva, bengala), com o objectivo de aumentar o tempo expiratório, evitando o colapso alveolar e prevenindo complicações.

No entanto, ressalvo uma situação no final do meu estágio na ECCL: cuidar de um utente ventilado no domicílio. Foram vários os aspectos que me fizeram sentir que cuidei da pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. O senhor de 59 anos, esteve internado cerca 10 meses por progressão da doença de Parkinson.

Antes de ingressar na ECCL, o utente encontrava-se numa Unidade de Cuidados Intensivos, traqueostomizado por insuficiência respiratória e conectado a prótese ventilatória. A ECCL foi contactada pela Equipa de Gestão de Altas no sentido de prepararem em conjunto o regresso ao domicílio do utente. Era vontade da esposa que este passasse o Natal na casa de ambos.

Não tive oportunidade de assistir às reuniões entre estes dois serviços, no entanto acompanhei a articulação entre os mesmos, os diversos profissionais, a esposa e o utente. Recebi o senhor no seu domicílio (primeiramente havíamos realizado uma visita domiciliária para aferir as características da habitação e necessidades da esposa). Decidimos, em conjunto com a família, que o utente ficaria na sala (onde conseguia ver a rua através da janela e conviver com vários membros

da família). Ajudámos na disposição da cama, cadeirão e todos os produtos de apoio necessários: mesas, produtos de higiene, extensões, aspirador de secreções. Cabe ao EEER identificar as barreiras arquitectónicas, orientando para a sua eliminação (OE, 2010).

Também conhecemos as duas cuidadores que iriam acompanhar o utente (manhã e noite); ambas tinham recebido formação ainda no hospital. Considero que desenvolvi competências no âmbito da capacitação das cuidadoras e da esposa, uma vez que realizámos (eu e as duas EEER da ECCI) vários ensinamentos ao nível dos cuidados de higiene, posicionamentos e transferências. Estes ensinamentos permitiram que a esposa retomasse o seu emprego no período da manhã (apoiámos as cuidadoras nos cuidados de higiene, demonstrando e validando posteriormente), bem como autonomizar a família na transferência para do utente para um cadeirão articulado ao final do dia para estar com a família.

Na prestação de cuidados directa, interviemos preventivamente na reabilitação motora, com o objectivo de prevenir complicações decorrentes da tetraparésia (espasticidade já instalada), realizando mobilizações passivas dos quatro membros. Realizámos exercícios ao nível da RFR com o objectivo de potenciar a expansão pulmonar e promover a ventilação, e melhorar a limpeza das vias aéreas (Gomes e Ferreira, 2017; Heitor, 1988). Fizemos exercícios de reeducação diafragmática, mobilização torácica e articular (mobilização dos membros superiores; flexão/extensão ombro, adução/abdução) e reeducação costal global e/ou selectiva, dependendo da auscultação prévia.

O desafio tornou-se acrescido, uma vez que o utente não comunicava verbalmente, respondendo “sim” e “não” com piscar de olhos. Não foram raras as vezes em que este permaneceu de olhos fechados, levando à partilha de inquietações, dúvidas e receios entre os profissionais e a esposa. À medida que fomos intervindo estes sentimentos foram atenuando. O facto da esposa contactar os colegas da Unidade e os enfermeiros da ECCI em caso de dúvidas revelou o estabelecimento de uma relação de confiança e proximidade.

A articulação entre os diferentes profissionais fez-me compreender a importância das intervenções do EEER, bem como os benefícios para o utente do trabalho transdisciplinar. No entanto, também os elementos da ECCI sentiram necessidade de aprofundar os seus conhecimentos nos cuidados de ER ao utente ventilado, bem

como nos dispositivos utilizados para tal, pelo que assistimos à acção de formação realizada pela *Linde* e partilhei os meus apontamentos RFR (1º ano).

Através dos exemplos e actividades descritas considero que consegui desenvolver a competência enunciada uma vez que concebi planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas, visando o auto controlo e autocuidado no processo de transição.

3.2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício de cidadania.

Durante a realização dos estágios apercebi-me da implicação que a capacitação da pessoa e da família tem no processo de reabilitação. A discussão das práticas de risco com as pessoas é uma das intervenções essenciais do EEER.

No domicílio encontrei situações em que a identificação do risco e a educação das pessoas para tal foi difícil, uma vez que, são hábitos ou comportamentos enraizados no quotidiano ao longo do tempo, não sendo passíveis de mudar em horas ou dias. Exige um acompanhamento continuado.

Identifiquei na situação da senhora X com fratura do fémur, que os tapetes existentes no quarto ao lado da cama, no corredor e na sala representavam um factor de risco para uma nova queda quer da utente quer do seu esposo (idoso que deambula com auxiliar de marcha). Embora a filha e cuidadora da utente tenha reconhecido este facto, apenas quando iniciámos o treino de marcha no corredor, a utente aceitou retirar os tapetes do mesmo, não cedendo no entanto à retirada dos existentes no quarto.

Ainda na mesma situação, a utente que seria fumadora até à data do internamento pela fratura, aceitou cessar este hábito, tendo sido realizada uma consulta pelo médico da ECCI (após sinalização por mim e pela orientadora) com o intuito de validar a necessidade de terapêutica de substituição ou programa de cessação.

Outro aspecto que verifiquei na comunidade, é a necessidade dos cuidadores continuarem o programa de reabilitação nos dias em que o ER não intervém (as visitas são 2-3 vezes por semana, excluindo o fim de semana). Notei que, na generalidade, à segunda-feira os utentes tinham perdido os ganhos que haviam conseguido durante

a semana. Desta forma, solicitei aos cuidadores que permanecessem durante a intervenção instruindo-os e ensinando sobre exercícios e técnicas a realizar como: transferência leito-cadeira, exercícios isotónicos e isométricos para fortalecimento muscular como ponte terapêutica, flexão e extensão tíbio társica (“bicos de pés”), posicionamentos, transferências para banheira e sanita após fratura do fémur. Foi interessante perceber que os familiares sentiram-se incluídos e interessados, (promovendo o envolvimento familiar), bem como os utentes motivados na sua reabilitação. Considero o resultado conseguido, uma vez que à minha avaliação os utentes passaram a ter um retrocesso menor na sua recuperação à segunda-feira.

Como acima referi, dada a existência de várias situações de reabilitação pós fratura do fémur e com o intuito de capacitar o utente e família, senti necessidade de implementar algumas estratégias nesta área. O interesse iniciou-se quando verifiquei que uma das utentes a quem prestava cuidados se esquecia frequentemente dos exercícios a realizar. Também me apercebi através da observação, que não apreendia algumas das estratégias ensinadas para prevenção de quedas ou luxação da prótese. Na génese da situação estava mudança de comportamentos e alterações da memória decorrentes do próprio processo de envelhecimento (82 anos).

A idade era um factor em comum com outras utentes com a mesma patologia pelo que decidi realizar um guia orientador de cuidados sobre posicionamentos, exercícios e medidas preventivas para a pessoa e família em processo de reabilitação após fractura do fémur.

Este guia foi adaptado à situação particular da utente X, pelo que não teve a forma de folheto tradicional, mas sim de uma folha A4 com imagens reais e linguagem corrente (imagens e letras maior pela diminuição da acuidade visual), de forma a tornar mais real a mensagem que se pretendia transmitir. Desta forma, o cuidador e a pessoa puderam recorrer à informação existente no folheto na ausência do EEER, funcionando este como suporte à intervenção do enfermeiro. O folheto dividiu-se em quatro partes de forma a fasear a informação: RFR (exercícios abdomino-diafragmáticos e exercícios de reeducação costal global), RFM (Exercícios isotónicos e exercícios isométricos), Posicionamentos e Actividades quotidianas (sentar/levantar, subir/descer escada, entrar/Sair banheira, calçar/descalçar o sapato) – Apêndice VII.

Segundo os utentes e os enfermeiros, este instrumento revelou-se de extrema importância como complemento à capacitação da pessoa e, nomeadamente, à promoção da sua autonomia e funcionalidade nas AVD's. A SR^a X e a sua filha, validavam dúvidas e demonstravam a aquisição/necessidade de aquisição de conhecimentos entre visitas, quando consultavam e aplicavam os exercícios explícitos no documento de apoio. Também foi instrumento facilitador da identificação de situações em que o recurso a um produto de apoio foi facilitador da reabilitação (situação analisada no decorrer do relatório).

No internamento a realidade é diferente uma vez que o enfermeiro tende a assumir o papel principal na intervenção. Na verdade, constato que uma das diferenças centrais entre estes dois contextos de estágio e, na minha opinião uma das maiores aprendizagens deste percurso, é o facto de na casa das pessoas não nos podermos “esconder” atrás de uma farda, desresponsabilizando-nos em nome de “foi outro colega e não eu” ou evocando regras institucionais; no domicílio senti que estamos mais expostos e, conseqüentemente, mais próximos das pessoas, mais conectados com a realidade dos utentes e famílias.

Também aprendi e, de certa forma, desiludi-me, com o facto de a maioria da população não (re) conhecer a intervenção do EEER. Sobretudo na comunidade, cerca de 90% dos utentes que visitei, referiam-se ao Enfermeiro como “terapeuta”, “pessoa que faz ginástica”, “enfermeiro do centro de saúde”, “menina”. Todas estas designações remetem-me para a representação social que têm do EEER, embora reconheçam os benefícios da sua intervenção.

O contexto do estágio hospitalar foi específico de reabilitação, pelo que a identificação dos EEER por parte dos utentes também era difícil. Na verdade, uma característica surpreendente daquele serviço é a filosofia de cuidados totalmente direccionada para a reabilitação, transversal a qualquer profissional que ali trabalhe.

O horário de visitas é alargado e os utentes, de forma gradual, podem ir aos seus domicílios passar o fim-de-semana e épocas festivas. Para além de serem factores motivadores de empenho no processo de reabilitação durante o internamento, são oportunidades extraordinárias de identificar necessidades de educação/formação das pessoas.

Recordo um utente que acompanhei durante a totalidade do estágio, assistindo ao acréscimo da sua autonomia; no início da sua reabilitação o Sr era dependente nas

suas actividades de vida. Quando a sua esposa estava presente verbalizava vontade de aprender e auxiliar o esposo a transferir-se para a cadeira-de-rodas e leito, de forma a poder realizar esta actividade antes e após as refeições (não ficando dependente da disponibilidade do enfermeiro e/ou assistente operacional). Inicialmente, demonstrei a técnica de transferência, realizando-a posteriormente com o utente e esposa. Gradualmente e de acordo com maior independência do Sr, a esposa assistia-o em todas as transferências, demonstrando aquisição de conhecimentos. E assim sucessivamente aconteceu o mesmo com as restantes actividades; frequentemente colocavam questões referentes às limitações com que se deparavam no domicílio.

Na verdade, o EEER elabora e implementa programa de treino de AVD's com o objectivo de maximizar a autonomia e a qualidade de vida. As idas ao domicílio permitiram-me adequar este programa ao quotidiano que a pessoa iria encontrar após alta.

Um dos aspectos que melhorariam a implementação do programa de reabilitação é a construção do mesmo em conjunto com os restantes profissionais. Na comunidade estes planos de cuidados de reabilitação (e não programas de reabilitação) são liderados pelos ER, contrariando Portillo (2011) que sugere que a enfermagem de Reabilitação ainda parece desatenta do seu papel privilegiado junto das pessoas: “nurses, however, do not seem to be actively involved in the rehabilitation programmes. There is limited published knowledge about professionals' perceptions of clients' needs and holistic care and there are very few rehabilitation programmes led by nurses”. Na experiência de estágio hospitalar verifiquei que não existia um líder do programa de reabilitação, nem um enfermeiro específico responsável pelo utente e família ao longo do internamento, sendo privilegiado o modelo biomédico em que a maioria dos profissionais actua segundo prescrição.

De facto, os utentes no hospital passavam o dia divididos entre os diferentes sectores (TO, TF, FT). Solicitei acompanhar dois dos utentes com os quais contactei (ambos com afasia) durante as diversas terapias. Reforço que fui recebida com agrado por todos os profissionais, nomeadamente TF, conseguindo articular os exercícios que esta realizou na sua sessão com a minha intervenção posterior. No entanto, não verifiquei qualquer articulação entre a equipa de enfermagem e os restantes terapeutas, facto que me surpreendeu.

Estes dois aspectos, falta de liderança no programa de reabilitação e a não articulação inter profissional leva por um lado, à capacitação ineficiente da pessoa e por outro à duplicação de ensinosa. O papel de líder numa equipa parece-me um desafio para a Enfermagem de Reabilitação, o qual não consegui desenvolver durante os meus estágios pela condição inerente à de estudante, embora tenha orientado a minha intervenção e articulado com os profissionais envolvidos.

Assim, corroborando os resultados obtidos de todos os artigos analisados na Revisão *Scoping*, não identifiquei programas de ER dentro da minha temática em nenhum dos campos de estágio.

A gestão de expectativas foi outro desafio para a minha intervenção (e do EEER) porque a reabilitação é associada a uma melhoria, e para a maioria das pessoas, uma recuperação total. Neste sentido capacitar a pessoa implica gerir as suas expectativas. Os factores inibidores e facilitadores de uma transição saudável são passíveis de revelar as expectativas que a pessoa tem sobre a sua situação de saúde. Desta forma, a Teoria de *Meleis* revelou-se um importante instrumento de identificação das necessidades de educação.

Na ECCI a primeira visita domiciliária é realizada exclusivamente com o intuito de conhecer o utente e cuidador, a sua habitação e colher dados. Aqui, é aferido qual o principal objectivo/expectativa do utente com a intervenção do EEER. O mesmo acontece no hospital, embora tenha verificado que em ambos os contextos estas expectativas alteram-se com o tempo.

Como anteriormente analisei, para gerir expectativas é essencial informar o utente desde o início do programa. É através da comunicação que as relações de confiança se constroem, que se gerem emoções e expectativas e se melhora a qualidade dos cuidados. O EEER deve ver aqui uma oportunidade de desenvolver competências comunicacionais que permitam cuidar da pessoa em situação de afasia que vivenciam o processo de transição.

No processo de reabilitação, o principal objectivo relaciona-se com a inclusão da pessoa na sociedade, revelando o processo adaptativo, desenvolvendo uma nova atitude nas actividades de vida, com um equilíbrio entre as suas potencialidades e as suas alterações. (Sousa, 2016)

A intervenção do EEER visa promover a mobilidade, a acessibilidade e a participação social do utente. Um aspecto interessante foi o facto de no hospital existir

um dossier com documentos de suporte ao nível de legislação que tanto os profissionais como as famílias podem consultar. Na verdade, era quando se iniciavam as idas ao domicílio que surgiam as principais dúvidas e problemas de acessibilidade, quer na sua esfera privada, quer na deslocação em espaços públicos. Facultei estes documentos a um casal jovem, cujo senhor tinha sofrido uma LVM, por perceber a desinformação que tinham relativamente aos seus direitos.

Na ECCI, esta articulação com a legislação e apoios existentes era realizada pela assistente social, embora a situação fosse sempre primeiramente seleccionada pelo EEER.

Como exemplo do desenvolvimento de competências relacionadas com a capacitação da pessoa, recorro à situação de um utente com diagnóstico de AVC isquémico da ACM esquerda (provável oclusão do segmento M1 distal/ M2, ateromatose de grandes vasos.), com hemiparésia direita (força muscular 1 no membro superior, grau 3 no membro inferior - Escala *Medical Research of Council*), heminegligência direita, equilíbrio estático e dinâmico em ortostatismo ineficaz, afasia não fluente. Para este senhor a prioridade era a recuperação motora.

Tendo em conta estas alterações inicialmente instrui o utente a realizar exercícios de fortalecimento muscular como a ponte terapêutica, o rolamento no leito e as mobilizações activas do hemicorpo esquerdo, passivas do membro superior direito e assistidas do membro inferior direito. Gradualmente, passámos a realizar mobilizações activas-resistidas do membro inferior, uma vez que a introdução de uma força/resistência aumenta o fortalecimento muscular. Posteriormente, instrui o utente a realizar automobilizações dos quatro membros, em 2 séries de 15 mobilizações (inicialmente apenas tolerava 10 mobilizações por cansaço). Estes exercícios eram realizados pelo utente, com acompanhamento da sua esposa quer em posição sentado quer deitado, entre as actividades dos sectores ou ao fim de semana no domicílio.

Para o treino do equilíbrio e posterior treino de marcha, realizámos exercícios de fortalecimento dorso-lombar na posição de sentado. Treinou-se a transferência de posição sentado para posição ortostática e quando em pé realizaram-se agachamentos apoiado às grades da cama, o “avião” com flexão/extensão coxo-femoral e o apoio com um pé, com abdução/adução e flexão/extensão alternada dos membros inferiores.

No que diz respeito às alterações de linguagem, foi possível desenvolver a oralidade através da descrição do seu dia-a-dia, bem como da discussão de notícias diárias do interesse do utente (imprimia notícias do jornal e discutíamos-las). Estas actividades eram concomitantemente uma intervenção enquanto EEER e uma avaliação da linguagem no decorrer de uma conversa natural (Hoeman, 2011; Sequeira, 2016). Inicialmente o utente tinha a fluência e capacidade de nomeação alteradas, aspectos que revelaram melhoria progressiva (Apêndice II). Incentivei o utente a descrever as actividades que realizávamos enquanto o mobilizava passivamente, uma vez que, a componente motora era de extrema importância para o utente, aliando assim a intervenção nas áreas motora e linguagem.

Com o intuito de diminuir a negligência e promover o enquadramento corporal, foi utilizada a técnica de facilitação cruzada, com recurso aos objectos pessoais como rádio, jornal, garrafa de água colocados na mesa-de-cabeceira do lado direito do utente. Após três semanas verificaram-se ganhos com as diferentes intervenções, visíveis na independência do utente bem como na reavaliação feita através dos instrumentos utilizados (Apêndice II).

A mobilidade dos utentes resulta da alternância entre o repouso e a actividade e depende do bom funcionamento dos diversos sistemas e da actividade fisiológica normal do organismo (OE, 2013). Na situação de alteração de mobilidade acima descrita bem como noutras, foi necessário adequar os produtos de apoio e as barreiras arquitectónicas existentes ao treino de marcha e mobilização efectuados. Como EEER aprendi a ter uma intervenção activa na avaliação e adequação dos produtos de apoio, de que são exemplos situações nas quais tive de escolher a cadeira de rodas adaptada ao à utente com hemiplegia esquerda.

Ainda com esta mesma utente, e uma vez que esta já assumia a posição ortostática e que verbaliza vontade de “andar” (SIC), optei em conjunto com o enfermeiro orientador por realizar treino de marcha com o uso do cinto para treino de marcha em que bilateralmente auxiliámos a utente. Não conhecia este dispositivo anteriormente, pelo que foi uma mais valia.

No entanto, senti que é preciso avaliar bem a aplicabilidade destes instrumentos uma vez que podem tornar-se geradores de stress se a pessoa perceber que não consegue mesmo assim andar. Nesta situação, a utente deambulou desde o leito até meio do corredor (cerca 3 metros) o que permitiu sair do quarto pelo próprio

pé pela primeira vez, ser elogiada pelos restantes utentes e profissionais, funcionando como estímulo para a mesma. No entanto, no final do dia acabou por referir que se sentia triste por constatar as dificuldades que tinha sentido.

Na situação descrita primeiramente, à medida que o utente progrediu na sua reabilitação, houve necessidade de adequar o auxiliar de marcha/mobilidade – passou de cadeira de rodas exclusivamente, para andarilho e CR e posteriormente tripé, tendo alta a realizar marcha sem produto de apoio ou terceira pessoa. Realizei esta adaptação junto com o utente.

Ainda como capacitação da pessoa para a independência na sua mobilidade, após observação e prescrição médica, recorreu-se ao uso de “*foot-up*”, de forma evitar a rotação interna do pé direito. De facto, foi interessante perceber que este dispositivo carece de prescrição médica (muitas vezes a necessidade é identificada pelo fisioterapeuta), mas no entanto cabe ao enfermeiro explicar a sua colocação, objectivo da utilização e validação de dúvidas. O médico foi o profissional que primeiro colocou o dispositivo, no entanto o utente referiu-me dúvidas aquando da sua utilização no dia seguinte, pelo que ensinei-o a colocar o “*foot-up*”, bem como o objectivo e vantagens da sua utilização. Desta forma, o utente passou a solicitar aos enfermeiros ajuda para na validação da colocação diária deste dispositivo, não necessitando de aguardar pelo Fisioterapeuta para tal (por vezes, as sessões de FT decorrem no período da tarde), realizando marcha no serviço com o dispositivo.

Também nas transferências dos utentes com LVM o recurso da tábua de transferência é essencial (senão indispensável). No entanto, a capacitação da pessoa para o uso deste instrumento requer treino prévio como fortalecimento muscular dos membros superiores com o uso de pesos e de fitas/bandas elásticas criadoras de resistência (que utilizei com um jovem durante os fins de semana em que não existe fisioterapia) o que muitas vezes não é compreendido pelos utentes que querem recuperar o andar e “não precisam trabalhar os braços” (SIC).

No domicílio a escolha dos instrumentos a utilizar torna-se um desafio se tivermos em consideração as condições sócio-económicas da população com a qual contactei. A área abrangida pela intervenção da minha enfermeira orientadora é o meio rural. Foram diversas as situações onde me surpreendi pela escassez de recursos e condições habitacionais e, mesmo assim, o utente, família e enfermeiro “faziam a reabilitação acontecer”.

Para melhor capacitarmos a pessoa no uso dos instrumentos de apoio adequados às suas necessidades, cabe ao EEER conhecer os recursos existentes (mesmo que estes não estejam disponíveis no seu local de trabalho).

Recordo uma situação de um idoso totalmente dependente, acamado, com risco de desenvolvimento de Úlcera por pressão elevado (Escala de *Braden*), desidratação, obstipação (entre outros), cuja cuidadora principal era a esposa, também idosa. O senhor foi referenciado à ECCI após um internamento por tuberculose pulmonar, do qual resultou um síndrome de imobilidade e a necessidade de TOD (toma de observação directa). Durante as diversas visitas, destaco três necessidades identificadas por mim e pela EO: cama articulada (encaminhámos a senhora para a IPSS da região que emprestou uma cama), superfície de apoio de alto risco (colchão de pressão alternada cedido pela ECCI) e detecção precoce de patologia nos membros da família cuidadores do utente (esposa, filha e neta). Neste último problema, sentimos necessidade de explicar aos familiares os riscos que correriam e a importância de realizarem exames de diagnóstico. Uma vez que nos apercebemos que a adesão desta família às consultas/exames era nula, entrámos em contacto e encaminhá-los para os colegas do CDP (Centro de Diagnóstico Pneumológico), sendo as três pessoas rastreadas ao longo da nossa intervenção.

Como referi anteriormente, apenas no estágio hospitalar (segundo estágio) tive oportunidade de desenvolver o tema do meu projecto, aspecto que me provocou inquietude e preocupação durante este processo. Tive oportunidade de prestar cuidados a 5 utentes com alteração da linguagem (afasia) e 1 com alteração da fala (disartria) após AVC.

Embora o tema do meu projecto seja “A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no processo de transição”, identifiquei em conjunto com o meu orientador a necessidade de intervir junto de uma pessoa com disartria. Esta intervenção visava desenvolver competências do EEER, bem como compreender na prática de cuidados as diferenças na avaliação e intervenção da pessoa com disartria comparativamente à pessoa em situação de afasia.

Uma dos utentes tinha alteração visível na fala, pelo que decidi primeiramente avaliar as questões relacionadas com a linguagem: fluência, compreensão nomeação e repetição. As três primeiras encontravam-se mantidas. Também a capacidade de

leitura e escrita estavam intactas. Identifiquei alterações na repetição de palavras com as sílabas “lh”, “ch”, “nh”, “br”, provocando uma lentificação no discurso por dificuldade na articulação. Assim exclui uma afasia e identifiquei uma possível disartria, pelo que defini como objectivo da intervenção com o utente o fortalecimento da musculatura facial. Desta forma instruí e supervisionei o utente a realizar exercícios de articulação de palavras e motricidade facial ao espelho do quarto: assobiar, soprar, franzir as sobrancelhas/enrugar a testa, rir, mostrar os dentes, fechar os olhos, beber água pela palhinha (utente sem disfagia) (Menoita, 2012). Acrescentei ainda a leitura (de palavras ou frases que escrevia diariamente) ou discurso espontâneo sobre tópicos do interesse da utente.

Um dos aspectos que verifiquei através dos registos de enfermagem e das passagens de turno foi a confusão constante entre os termos afasia e disartria por parte da equipa de enfermagem.

Aferi ainda que a avaliação da linguagem não era realizada de forma sistemática por todos os enfermeiros e que, mesmo quando o era, carecia de registos no processo informático do utente. Estes aspectos levaram-me à elaboração de uma formação – “Comunicar com a pessoa em situação de afasia – perspectiva da estudante de ER” – que partilhei com a equipa de enfermagem, onde apresentei uma breve súmula dos resultados obtidos pela *Scoping*, a definição e tipos de afasia e outros conceitos, a avaliação da linguagem e os registos de Enfermagem, tendo sempre por base exemplos de utentes do estágio que me encontrava a realizar, o que tornou a apresentação clara, objectiva e com a participação de todos (todos os enfermeiros conheciam os utentes em questão).

Um dos aspectos essenciais à intervenção do EEER é a avaliação correcta da linguagem. Como previamente referi, do meu contexto de trabalho e das experiências de estágio, os enfermeiros carecem de competências na área da comunicação. Segundo Salgueiro (2014), a actualização de conhecimentos nesta área foi considerada importante por 95% dos enfermeiros entrevistados, pois permite melhorar a eficácia da comunicação e dos cuidados; desenvolver novas capacidades e técnicas de comunicação; eliminar dificuldades sentidas pelos enfermeiros; actuar de forma adequada e competente.

O conhecimento prático das várias alterações da linguagem ajuda os EEER a reconhecer e avaliar a situação de afasia vivida pelos seus utentes. Este

conhecimento é importante para o planeamento de intervenções terapêuticas e facilitação da transição e do *coping* da pessoa e família. (Hoeman, 2011)

A avaliação pouco cuidadosa e pormenorizada da afasia (ou até mesmo inexistente) leva à incapacidade de individualizar as intervenções, despersonalizando os cuidados. O facto de os enfermeiros pensarem que os défices da linguagem competem apenas à área de intervenção do terapeuta da fala faz com que estes sejam sub-diagnosticados (McGilton et al 2009; Poslawsky et al, 2010). Como verifiquei em estágio, a articulação entre o TF e os EEER é escassa. Senti necessidade de participar em sessões de terapia da fala para compreender a intervenção dos terapeutas e poder articular os cuidados que prestava ao utentes na área da linguagem.

Os terapeutas da fala detêm conhecimentos específicos de técnicas e exercícios de motricidade facial e oral, vocalização, entre outros. Contudo, a pessoa necessita de desempenhar as suas actividades de vida 24h, pelo que nas cabe ao enfermeiro promover a funcionalidade e independência da pessoa com afasia. Desta forma, e não desvalorizando as competências valiosas dos restantes profissionais, penso que a intervenção isolada do terapeuta da fala com pessoa com afasia torna-se insuficiente para o processo de reabilitação (Poslawsky et al, 2010).

A articulação entre estes dois profissionais é essencial para a construção de um plano de cuidados adequado à pessoa com afasia, permitindo a continuidade do mesmo.

Apenas 1 dos cinco utentes tinha afasia global e apenas contatei dois dias com este utente, uma vez que por agravamento do seu estado, foi transferido para outro serviço/nível de cuidados. No entanto, a pessoa com afasia global traz desafios acrescidos ao EEER, uma vez que tanto a compreensão como a fluência se encontram comprometidas.

Segundo a pessoa de referência, o senhor tinha por hábito ler livros em Inglês. Na curta intervenção com este utente, consegui que este emitisse sons (imperceptíveis), recorrendo à língua inglesa, por ser a língua materna do utente (embora falasse português). No entanto, não consegui validar a compreensão da mensagem, porque este não cumpria indicações simples de forma consistente.

Na comunicação com doentes com afasia existem diversas dificuldades por parte dos enfermeiros: a compreensão do doente; a validação da mensagem; a

ansiedade do enfermeiro e a ansiedade do doente; a falta de tempo, de material e de espaço/privacidade; a implementação de intervenções na família; a identificação de estratégias adequada e a identificação da afasia (Salgueiro, 2012).

Na situação deste utente com afasia global a linguagem não verbal, bem como a demonstração e repetição toma especial importância uma vez que fornece outro estímulo a pessoa (sem ser o auditivo), podendo recordá-lo de uma determinada acção ou objecto.

Nos restantes 4 utentes, após a avaliação identifiquei uma afasia de predomínio motor. Exemplificando a minha intervenção; o utente X com diagnóstico de AVC hemorrágico, de 50 anos, trabalhador da construção civil, submetido a craniotomia descompressiva, tinha como interesse falar sobre a família. Não conseguia nomear e repetia apenas palavras simples e automáticas como “bom dia” ou “olá”. Era um utente que passava despercebido no meio dos outros porque, na maioria das vezes estava calado, e quando tentava falar tinha um discurso com estereótipos como “coiso”, “pois” e “ah”. Embora por vezes negasse, a expressão facial deixava transparecer cansaço quando realizava os exercícios de linguagem, pelo que optei por intervenções curtas.

Incentivei-o a dizer o nome da esposa e da filha, bem como as suas profissões. Na impossibilidade de o fazer, solicitei ao utente que soletrasse o nome ou que dissesse a primeira letra. Numa primeira abordagem, não fomos bem sucedidos dando comigo a tentar adivinhar as respostas.

Numa segunda abordagem (noutro dia), recorri a um caderno para que o utente pudesse escrever o que tentava verbalizar, apenas pequenas palavras. Este exercício, continuado ao longo dos turnos, produziu resultados (Apêndice VIII), uma vez que o utente conseguiu escrever alguns pedidos por palavras soltas.

Outra estratégia de intervenção foi o uso do dossier de comunicação aumentativa existente no serviço. Primeiramente, expliquei o instrumento e o seu objectivo. Depois, recorri às figuras, no sentido do utente verbalizar o que via e de identificar o que lhe perguntava (auxílio na avaliação da compreensão e na ligação objecto-palavra). Também recorri ao uso do alfabeto; desta forma conseguiu identificar o nome da esposa apontando as diversas letras do nome (com dificuldade).

Apercebi-me que, embora a equipa fosse embebida na filosofia de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, a comunicação com este utente resumia-se à repetição dos seus estereótipos e, muitas vezes, sem dar tempo ao utente para responder ou

estimulá-lo a fazê-lo, como se a rotina tomasse conta dos cuidados e se “desistisse” do utente. Abordei estas questões com o enfermeiro orientador e com a restante equipa de enfermagem na formação, reconhecendo todos que a frustração causada pelo insucesso da comunicação quer ao utente quer ao enfermeiro faziam com que não se estimulasse a linguagem.

Outro aspecto que tive em conta nomeadamente com este utente, foi o encorajar constante de tentativas de verbalização e não apenas recurso a mímica que, na maioria das vezes, o inibia de tentar falar (não desvalorizando o contributo da comunicação não-verbal) (Hoeman, 2011).

Noutra situação de cuidados, recordei um utente (Engenheiro Informático) com diagnóstico de AVC isquémico ACM esquerda, de 59 anos, casado (esposa presente diariamente) e com um filho, o qual tive oportunidade de acompanhar desde o início ao término do estágio, sendo motivador pela visibilidade de ganhos.

Na primeira avaliação, a compreensão de indicações simples e complexas estava mantida, bem como a repetição de palavras simples. A repetição de frases nem sempre acontecia de forma eficaz. A fluidez encontrava-se alterada e nomeava 1/5 palavras. A capacidade de leitura estava intacta, mas apresentava alterações na escrita nomeadamente em palavras com consoantes B/P, S/T e V/F.

Os principais objectivos do programa de reabilitação na área da linguagem com este utente foram promover a comunicação verbal eficaz e a participação social, através da redução da desvantagem comunicacional (utente com pouca interacção com os restantes utentes e profissionais).

Ao verificar que a nomeação se encontrava alterada, realizei diversos exercícios em conjunto com o utente; treinámos a nomeação de objectos que se encontravam no quarto, objectos do dia-a-dia e, quando sentia maior hesitação ou dificuldade da sua parte, dava “pistas” como a 1ª letra das palavras ou questionava sobre a função do objecto.

Para melhorar a fluência, encorajei o utente a falar sobre assuntos do seu interesse, sendo que acordámos que questões relacionadas com a sua área profissional ficariam excluídas por sua opção. Abordámos assuntos como futebol, descrição pormenorizada do fim-de-semana e do seu dia a dia no hospital.

Uma vez que o utente tinha uma hemiparésia direita de predomínio braqueal, o que dificultava a grafia por ser dextro, instruí, treinei e incentivei a escrita com a mão

esquerda. Como a reabilitação motora era o mais importante para o senhor, aproveitei os momentos de intervenção neste âmbito, para que o utente descrevesse os exercícios que estávamos a fazer, bem como nomear as partes do corpo e objectos utilizados (falar paralelo). Também durante o treino de AVD's, como por exemplo, vestir/despir aproveitei para incentivar o utente a descrever o que estava a realizar.

Para aumentar o seu vocabulário e treinar a leitura (fluência) sugeri ao utente a leitura do jornal desportivo, por ser uma área do seu interesse. Assim, na ausência do jornal, imprimia notícias da actualidade e discutíamo-las em conjunto.

O senhor tinha um rádio, pelo que incentivei-o a usá-lo em momentos mais tranquilos e, nalguns dias, solicitei que me descrevesse o que ouvira, de forma a treinar a fluência e memória.

A esposa era uma pessoa presente e participativa pelo que aceitou adquirir livros didácticos com exercícios que o utente realizava ao fim de semana quando ia a casa (com imagens para legendar, ligar palavras a imagens, completar palavras).

Verificou-se uma melhoria significativa na linguagem no final do internamento, em que o utente cumpria indicações e repetia frases complexas, o discurso era fluido e a nomeava 4 objectos em 5.

No caso de uma senhora de 78 anos, casada, com discurso não fluente com presença de estereótipo “pois”, com compreensão mantida, a nomeação e repetição alteradas, a intervenção foi dificultada pela labilidade emocional. Eram frequentes as vezes em que a utente chorava por não conseguir expressar-se verbalmente ou por não conseguir colocar-se em pé. Nas três vezes que tive oportunidade de intervir com ela, optámos por recorrer ao canto, de forma a incentivar o discurso automático. De facto era um momento de desconstracção. Os sentimentos de revolta, frustração, vergonha, ansiedade e angústia ou até mesmo a depressão podem estar presentes nas pessoas com afasia pela incapacidade de comunicarem e se relacionarem com os outros (DGS, 2010).

O ambiente externo é um factor influenciador da comunicação, especialmente o contexto hospitalar (McGilton et al 2009). Quando a pessoa se encontra num ambiente que conhece (ambiente familiar), sente-se segura e tranquila e consegue comunicar com menos dificuldade. O mesmo não acontece quando está hospitalizada: está vulnerável, num ambiente estranho e, por vezes, assustador, com pessoas desconhecidas, pelo que é importante o enfermeiro proporcionar um ambiente de

privacidade para comunicar com a pessoa (Salgueiro, 2014). Foi minha preocupação proporcionar ambiente sem distrações e ruídos, excluindo rádio, televisão e visitas, bem como reforçar positivamente a cada intervenção, focando-me no potencial que a pessoa apresentava.

A proximidade e contacto informal enfermeira-doente proporcionam uma avaliação valiosa da pessoa em situação de afasia. “a melhor avaliação ocorre na observação dos doentes em situações naturais de comunicação a conversar com um parceiro, que pode ser a enfermeira.” (Hoeman, 2011, pp 538)

Não é por acaso que os utentes e suas famílias identificam as interações e relação enfermeiro-cliente como indispensáveis ao cuidado do EEER na pessoa com afasia decorrente de lesão cerebrovascular adquirida (McGilton et al 2009). A comunicação centrada no cliente parece ser a estratégia mais eficaz a adoptar pelo EEER na promoção da funcionalidade da mesma, uma vez que uma postura distante e rotineira é percebida como impessoal por parte da pessoa.

As intervenções de Enfermagem são concebidas para oferecer ao doente um ambiente terapêutico facilitador do cuidado e da comunicação. O cuidado promotor da satisfação das actividades de vida da pessoa em situação de afasia abarca consigo um conjunto de factores, baseados na comunicação e interligados entre si, como a gestão do ambiente, o envolvimento familiar, gestão de energia e a promoção de sistemas de suporte.

Considero que o cuidado a estes utentes contemplou intervenções gerais e específicas (de acordo com a afasia identificada). Em todas as situações optei por usar tópicos de comunicação espontâneos, do interesse da pessoa ou de importância imediata para o mesmo, como os gostos futebolísticos, a descrição do dia-a-dia, das actividades realizadas nos setores ou do fim-de-semana no domicílio.

Procurei que as comunicações fossem curtas e por diversas vezes, nomeadamente com o utente Z, tive de adiar ou interromper a intervenção por identificar cansaço evidente. Ainda no âmbito geral, aprendi a esperar pacientemente pela resposta, tendo de muitas vezes lidar com a frustração de uma intervenção “mal sucedida”. Partilhei a inquietude diária (com o meu orientador) de ver o utente esforçar-se perante os exercícios e o resultado final não ser o esperado. A produção e compreensão da linguagem dependem do estado emocional, do cansaço, das alterações de memória, da atenção do utente (Hoeman, 2011).

Outro aspecto comum a todos os utentes com os quais intervimos é a necessidade de incentivar pessoa a comunicar (OE, 2015), uma vez que esta pode inibir-se de o fazer por vergonha ou medo de exclusão social.

Considero que desenvolvi as competências definidas, pela diversidade de experiências descritas, nomeadamente, na capacitação do utente, pois apenas englobando a pessoa no seu processo de reabilitação é possível promover uma transição saudável. Objectivei esta transição, quando vi utentes maximizar a sua funcionalidade, tornando-se autónomos nas suas actividades de vida diárias.

3.3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

Maximizar a funcionalidade da pessoa é dar-lhe autonomia e potenciar a sua independência. Aprendi que há três formas de maximizar a funcionalidade da pessoa, quando falamos no domicílio: treinarmos a pessoa para a adaptação ao regresso a casa e aos obstáculos e características da sua habitação, identificámos as alterações necessárias no domicílio e mudamos mentalidades. Na verdade, a articulação destas três formas de intervenção é a chave da ER.

Passo a exemplificar cada um dos aspectos, respectivamente: treinar a Sra X no seu domicílio, após fractura do fémur a entrar e sair da banheira ou sugerir a aquisição de um alteador de sanita para realizar o autocuidado uso do sanitário de forma segura e independente; o utente de 32 anos, internado após acidente de bicicleta com LVM, que aguarda a construção da rampa de acesso à sua casa e a reconstrução da casa de banho e cozinha acessíveis para si em cadeira de rodas ou a esposa que retirou a porta da casa de banho (não abria na totalidade por embater na banheira) para o esposo poder movimentar-se com tripé; partilhar com família, amigos e pares a preocupação de não estacionar o carro de forma a impossibilitar a passagem de uma pessoa com alteração da mobilidade (na rua onde vivo é frequente).

Ainda durante o estágio no hospital, recordei duas situações específicas em que a acessibilidade dos utentes se encontrou condicionada, não respeitando o previsto no Decreto-Lei nº163/2006 de 8 Agosto. Ambas dizem respeito a utentes que se deslocavam de forma independente em cadeira de rodas; numa situação a utente não acompanhou o marido à apresentação de um livro porque o local não tinha acesso a

peessoas com limitação da mobilidade (várias escadas sem rampa de acesso) e nouro momento, um utente jovem que dentro do próprio perímetro do hospital sentiu dificuldade em deslocar-se pela própria arquitectura e obstáculos no passeio.

Através do estágio na comunidade verifiquei a necessidade de intervirmos a nível preventivo uma vez que, se pensarmos, a maioria das nossas casas não estão preparadas para pessoas com alteração da mobilidade (escadas, portas estreitas, armários altos, sanitas baixas, banheiras). Culturalmente, não pensamos no futuro, actuamos apenas após o dano; verifiquei que apenas 4 das 12 pessoas que acompanhei dormiam nos seus quartos, as restantes sentiram necessidade de mudar para a sala ou garagem. Estas questões geram alterações na dinâmica familiar e na participação social.

O estágio em contexto hospitalar teve como grande enfoque o autocuidado. Os programas de reabilitação estabelecidos para cada utente visavam capacitar a pessoa para o autocuidado: vestir/despir, alimentar-se, eliminação, movimentar-se.

Uma vez que o EEER ensina, instrui e treina sobre técnicas a utilizar para maximizar o desempenho da pessoa, exemplifico situações de cuidados em que como estudante de ER consegui intervir na promover da funcionalidade do utente.

Contrariamente à realidade do meu contexto de trabalho onde o tempo parece não existir para os pormenores, no estágio em hospital todos os utentes realizavam a sua higiene oral após as refeições em frente ao espelho (com ajuda para abrir a torneira ou colocar a pasta de dentes) e a sua higiene diária no WC.

Aprendi que o autocuidado vestir/despir pode demorar algum tempo; nas situações de utentes com AVC, ensinei-os a escolherem a sua roupa (a sua autonomia não desapareceu), a vestirem-se sentados numa cadeira começando pelo lado mais lesado e a despirem-se pelo lado menos lesado primeiro. A actividade mais difícil para todos era o calçar as meias e os sapatos, pelo que deixava as meias dobradas (facilitava o início) e, nalgumas situações, sugeri o uso de calçadeira. A maioria dos utentes usava sapatos sem atacadores para facilitar o processo. No entanto há pessoas que não gostam, pelo que ensinei a forma específica de atar os atacadores (previamente colocado apenas por um dos lados, ideal para situações de hemiparésia ou hemiplegia) (Anexo VII).

Também nos jovens com LVM, o treino do vestuário é longo, podendo mesmo demorar 1h se for desempenhado de forma independente. Nesta caso, apoiei os

utentes a sentarem-se no leito, com abdução da coxo-femoral, joelhos em flexão e plantas dos pés juntas, de forma a treinar o equilíbrio e aproximar a metade inferior do corpo. Estas actividades e técnicas requerem treino diário o que, nalguns momentos pode ser gerador de cansaço e frustração.

No autocuidado alimentar-se é essencial actuar também preventivamente, na gestão adequada da dieta, uma vez que o excesso de peso dificulta a realização de alguns exercícios do programa de reabilitação e potencia os factores de risco. Todos os utentes no hospital faziam as refeições no refeitório do serviço, sentados à mesa com os restantes utentes. O EEER acompanhava a hora de refeição dos utentes; identifiquei necessidades como por exemplo, no caso da Sr^a X com disfagia, o uso de espessante e ensinei a utente, esposo, assistentes operacionais e copeiras sobre a forma e importância da consistência da água adequada. Também na situação do utente alvo do estudo de caso, intervim junto destes e dos restantes profissionais presentes no refeitório, no sentido de alertar para a necessidade de ajuda na preparação dos alimentos – cortar os alimentos (pela sua parésia braquial).

Em todas estas situações de cuidados é essencial avaliar a pessoa e reformular os programas de treino, tendo em conta a monitorização dos resultados obtidos, de forma a adequar as intervenções do EEER.

Ainda em contexto hospitalar as consultas de Sexualidade e Urodinâmia permitem conhecer a pessoa, os seus receios e expectativas em duas áreas reconhecidas como mais sensíveis e privadas. Infelizmente não é possível assistir à consulta de Sexualidade, embora haja *feedback* por parte da médica. No entanto, foi uma área que não explorei por inexperiência e por nem sempre acompanhar o mesmo utente, mas percebi que é abordada maioritariamente pelo EEER que estabelece uma relação de confiança e proximidade com aquele utente.

Mais uma vez, é imprescindível perceber quais as expectativas e objectivos de vida dos utentes e não desvalorizar sejam estes quais foram. Relembro o caso de um jovem com LVM após acidente de mota; ouvi alguns profissionais desvalorizarem as questões relacionadas com a sua sexualidade, uma vez que o utente previamente ao acidente já não queria ter filhos. Eu e o meu orientador entrevistamos nestes momentos, partilhando a nossa opinião: as questões da sexualidade estendem-se além da paternidade/maternidade e as nossas expectativas e crenças nem sempre vão ao encontro das sentidas pelos utentes.

Solicitei assistir a uma Consulta de Urodinâmica e foi-me concedido; questionava-me sobre o objectivo desta consulta ser realizada por um EEER e um médico; este procura identificar as características da bexiga de cada utente com incontinência urinária de forma a poder adequar a intervenção, dispositivos e outros exames complementares de diagnóstico. Foi uma experiência interessante, descobrir outra área de intervenção do EEER. Compreendi as implicações que uma alteração nesta função tem nas questões de privacidade, participação social e sexualidade.

Considero que desenvolvi a competência definida, uma vez que as minhas intervenções maximizaram a funcionalidade do utente na realização das suas AVD.

4 AVALIAÇÃO

No decorrer do meu Relatório (e dos estágios realizados), os pontos fortes encontrados foram superiores aos pontos fracos. Os dois locais de estágio foram ricos em diversidade de experiências.

A comunidade revelou-se um local cheio de oportunidades de intervenção para o EEER, sendo um contexto privilegiado para acompanhar os utentes e famílias ao longo do seu ciclo de vida, no seu quotidiano. Obrigou-me a ser criativa, uma vez que, na maioria das vezes tive de trabalhar conjuntamente com o utente com os recursos materiais e humanos existentes, adaptando-os à sua realidade. Cada utente, família e contexto são únicos e o EEER deve adaptar-se a estes, calar-se para permitir ao outro ouvir-se a si mesmo, sugerir em vez de persuadir ou até impor (Hesbeen, 2003).

Um ponto forte do estágio na comunidade foi a diversidade de situações (ortopédicas, neuromusculares, respiratórias) com que me deparei, tendo sido um local excelente para o desenvolvimento de competências do EEER. O ponto menos forte foi a inexistência de utentes em situação de afasia por lesão cerebrovascular adquirida, o que não me permitiu compreender como é a adaptação da pessoa com alteração da linguagem após a alta hospitalar.

No serviço de MFR, o ponto forte foi a prevalência de pessoa em situação de afasia após AVC. Aqui pude desenvolver as competências directamente relacionadas com o tema do meu Relatório. É importante saber avaliar a pessoa com alteração da

linguagem e adequar as estratégias de intervenção, tendo sempre em conta as suas expectativas.

O facto de não ter obtido os resultados que esperava de todas as actividades e intervenções junto do utente com afasia, fez-me compreender que cada pessoa tem o seu ritmo, características e forma de vivenciar a sua transição.

A identificação d necessidade formativa no âmbito da temática e a realização de uma formação onde partilhei os resultados d trabalho académico articulado com experiências da prática clínica fez-me desenvolver a capacidade de comunicação (DGES, 2010).

Os dois contextos fora ricos em oportunidade de avaliação e intervenção junto dos utentes e famílias em processo de transição, pelo que o uso da Teoria de Afaf Meleis se revelou um aspecto positivo.

O ritmo de trabalho de ambos os locais de estágios foi mais lento do que no meu contexto de trabalho; consegui deixar que a pessoa desempenhasse as suas AVD de forma autónoma, sem pressa e com todo o cuidado e atenção do EEER. De facto, aprendi que a ER é um “Disciplina do pormenor” (Hesbeen 2002).

O primeiro estágio preparou-me, de certo modo, para o segundo, na medida em que deixou alerta para as necessidades da pessoa no domicilio, bem como para preparar para o regresso a casa precocemente e de forma individualizada. Também no meu contexto de trabalho passei priorizar os cuidados à pessoa visando a sua funcionalidade na comunidade. Este foi um aspecto positivo de todo este percurso.

Por fim, este Projecto contribui para a melhoria dos cuidados na medida em que alerta para a importância de desenvolvermos competências no âmbito da comunicação, que permitam cuidar da pessoa com alteração da linguagem.

Proporcionou-me conhecimento e competência para avaliar a pessoa na sua totalidade, não me centrar apenas na afasia, mas em como esta influencia a funcionalidade do utente, sabendo aplicar os conhecimentos, compreender e resolver problemas em situações novas e inesperadas, em contextos multidisciplinares (DESCRITORES DE DUBLIN)

5 CONCLUSÃO

Este relatório proporcionou-me momentos de reflexão, através da análise de situações reais da prática de cuidados. Durante os estágios foquei-me na aquisição de conhecimentos e técnicas no âmbito da ER, bem como no desenvolvimento de competências que me permitam prestar cuidados à pessoa com necessidades especiais, tendo em conta o seu contexto, expectativas e problemas.

Os locais de estágios permitiram-se intervir junto da pessoa ao longo do ciclo de vida, quer no contexto comunitário quer hospitalar, desenvolvendo competências do âmbito motor, respiratório, cognitivo.

Especificamente, o presente projecto visou evitar a substituição da pessoa com afasia nas AVD's, quer por falta de tempo para estar e avaliar a pessoa, quer por desconhecimento dos enfermeiros. Neste sentido, foi essencial identificar quais as implicações da afasia na funcionalidade e realização das AVD's, tendo por base o processo de transição experienciado pela pessoa.

A Teoria das Transições de *Meleis* revelou-se imprescindível para sustentar a elaboração dos planos de cuidados e nortear a minha intervenção, nomeadamente, na identificação da transição vivenciada pela pessoa, bem como os factores inibidores ou facilitador desta. Desta forma, delinieei as minhas intervenções para a maximização da funcionalidade da pessoa, podendo avaliar a sua evolução no programa de Reabilitação.

Considera-se que a pessoa revela domínio sobre o seu processo de transição quando consegue estabelecer uma relação enfermeiro-pessoa em situação de afasia, delinear estratégias de *coping*, participar no programa de reabilitação e tornar-se funcional na comunidade. Por terem sido visíveis estes ganhos durante os meus cuidados aos utentes, considero um aspecto positivo da minha intervenção.

A capacitação dos utentes em situação de afasia e suas famílias foi um dos objectivos maior da minha intervenção, uma vez que para além de minimizar a incapacidade conferida pela alteração da linguagem, maximiza a funcionalidade e autonomia da pessoa.

É imprescindível o EEER saber distinguir independência de autonomia e saber transmiti-lo ao pares; só porque um utente não consegue fazer algo sem ajuda de outra pessoa (funcionalmente), continua a poder decidir o que quer para si. A autonomia é essencial para o processo de reabilitação.

Só actuando junto do utente foi possível estabelecer a relação de confiança imprescindível ao cuidar. Este cuidar não se restringe apenas à técnica de executar uma intervenção (automatismo) mas também à forma como é executada, expressa por atitudes e comportamentos, simbolicamente representada pela linguagem. Desta forma, e não desvalorizando as competências valiosas dos restantes profissionais, penso que a intervenção isolada do terapeuta da fala com pessoa com afasia torna-se insuficiente para o processo de reabilitação.

Os terapeutas detêm conhecimentos específicos de técnicas e exercícios de motricidade facial e oral, vocalização, entre outros. Contudo e apesar do tempo dispendido, que muitas vezes não é diário, a pessoa necessita de continuar a desempenhar as suas actividades de vida pelo que nas restantes horas do dia cabe ao enfermeiro promover a funcionalidade e independência da pessoa com afasia.

Daí a importância da intervenção conjunta, nomeadamente do terapeuta da fala e do EEER, de forma a intensificar e proporcionar a qualidade e continuidade das intervenções. Este facto foi visível e exequível por mim no estágio no serviço de MFR.

Os estágios lembraram-me que o trabalho em equipa transdisciplinar poderá melhorar os resultados, uma vez que influencia directamente a motivação do utente no seu processo de reabilitação, bem como o seu estado emocional.

A elaboração deste trabalho levou-me à reflexão e conclusão da emergência para a ER da produção de investigação na área, nomeadamente na intervenção do EEER junto da pessoa em situação de afasia.

De acordo com a Revisão *Scoping* efectuada, na comunicação com utentes com afasia foram descritas algumas dificuldades por parte dos enfermeiros, de onde se destaca: a compreensão do doente; a validação da mensagem; a ansiedade do enfermeiro e a ansiedade do doente; a falta de tempo, de material e de espaço/privacidade; a implementação de intervenções na família; a identificação de estratégias adequada e a identificação da afasia, sendo todos estes aspectos trabalhados nos estágios e abordados neste relatório.

Ainda no âmbito do tema deste Relatório - A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida: a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no processo de transição - e corroborado pelos resultados da *Scoping* e pelas actividades realizadas, é necessária formação das equipas de Enfermagem

no âmbito da comunicação e da comunicação com pessoas com alteração da linguagem.

Especificamente nas intervenções direccionadas para a linguagem, todas as actividades desenvolvidas, tais como treino da nomeação e repetição das palavras, leitura, escrita, a comunicação aumentativa com recurso aos gestos e quadros de imagem, revelaram resultados positivos na eficácia da comunicação com estes utentes

Outro desafio que adveio deste Curso, foi a adaptação que se me impôs no local de trabalho após realização da Especialidade, porque de certa forma, a visão e objectivo dos cuidados altera-se, bem como a responsabilidade junto dos pares. Acrescento a necessidade de tornar mais clara a representação social do EEER, sendo que, no meu entender, parte de mim fazer ver às pessoas e profissionais de saúde a importância e objectivo da intervenção do EEER.

Nas situações em que senti não ter conhecimentos para intervir, solicitei ajuda dos meus orientadores, bem como dos restantes elementos da equipa. Em suma, considero que atingi os objectivos definidos, bem como consegui desenvolver as competências comuns (OE, 2010a) e específicas do EEER (OE, 2010b).

Futuramente, é meu objectivo apresentar a formação realizada por mim no estágio da MFR no meu serviço e reformular o quadro de comunicação aumentativa existente, actividade que já iniciei.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica*. Coimbra: Quarteto

Bronken, B.A., Kirkevold, M., Martinsen, R. & Kvigne, K. (2012) The Aphasic Storyteller: Coconstructing Stories to Promote Psychosocial Well-Being After Stroke. *Qualitative Health Research* 22 (10) 1303 –1316

Coelho, C., Barros, H., Sousa, L., (2016) Reeducação da Função Sensorio-Motora In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.

Damásio, A. (2003) *O Sentimento de Si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. (14ª ed) Mem Martins: Publicações Europa-América

Damásio, A. (2015) *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Círculo de Leitores (Temas e Debates)

Decreto-Lei nº163/2006 (2006). Regime da acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais, revogando o Decreto-Lei nº 123/97, de 22 Maio. Diário da República Série, nº152

DGES (2009) Portaria nº. 782/2009, de 23 de Julho – Quadro Nacional de Qualificações Diário da República, 1.ª série — N.º 141 Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/493165>

Direção Geral de Saúde (2010). *Acidente Vascular Cerebral. Itinerários clínicos*. Lisboa, Lidel, edições técnicas

Direção Geral de Saúde (2004). *Planeamento da Alta do Doente com AVC*. Circular Informativa nº.12/DSPCS de 19 de Abril de 2004. Lisboa: Direção Geral da Saúde

Direção Geral da Saúde (2015) Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números. DGS, Lisboa. ISSN: 2183-0681

Direcção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Orientações Programáticas*. DGSGordon, C., Ellis-Hill, C., Ashburn, A. (2009) The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of Advanced Nursing* 65 (3) pp. 544-553

Heitor, M.C., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M., Maia, M. (1985). *Reabilitação funcional respiratória*. Lisboa: Boehringer Ingelheim

Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados* (4.^a ed.). Loures: Lusodidacta

Lourenço, C.A.M., Mendes, R.M.N. (2008) Afasia. *Nursing*, nº 232 Abril, ano 18, pp. 6-12

Marques-Vieira, C., Sousa, L., Braga, R. (2016) Reabilitar a Pessoa com Acidente Vascular Cerebral. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 139-143). Loures: Lusodidacta.

Marques-Vieira, C., Sousa, L. (Coord) (2016) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

McGilton, K., Sorin-Peters, R., Sidani, S., Rochon, E., Boscart, V., Fox, M. (2010) Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *International Journal of Older People Nursing*, pp 13-24

Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.

Meleis, A., Sawyer, L.M., Im, E.O., Hilfinger, D.K., Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances Nursing Science*, 23 (1), pp. 12 – 28

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situation specific theories . Nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

OECD. (2015). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en (pp. 46-47; 90-92)

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Áreas Investigação Prioritárias para a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Areas_Investigacao_Prioritarias_para_EER.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013) *Guia Orientador de Boas Práticas, Cuidados à pessoa com alteração da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_Mobilidade_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2017/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Portillo, M.C., Cowley, S. (2011) Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. Junho (20) (pp. 31-43)

Poslawsky, I., Schuurmans, M.J., Lindeman, E. (2010). A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of Clinical Nursing*, Vol: 19, Issue: 1-2, pp. 17-32

Salgueiro, J. (2014). *Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, ICBAS. Disponível em: https://sigarra.up.pt/fmup/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=605834

Seeley, R.; Stephens, T.; Tate, P. (2001). *Anatomia & fisiologia*. (3.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel

Sohlberg, M.M., Mateer, C.A. (2008) *Reabilitação Cognitiva: Uma Abordagem Neuropsicológica Integrativa*. Brasil: Editora Santos

Sousa, L., Carvalho, M.L. (2016) A Pessoa com Fratura da Extremidade Superior do Fémur. In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 421-431). Loures: Lusodidacta.

Souza, R.C.S., Arcuri, E.A.M. (2014) Estratégias de comunicação da Equipe de Enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. *Revista Escola de Enfermagem USP*

Taylor, J.B. (2008). *O dia em que a minha vida mudou*. Lisboa: Editorial Presença

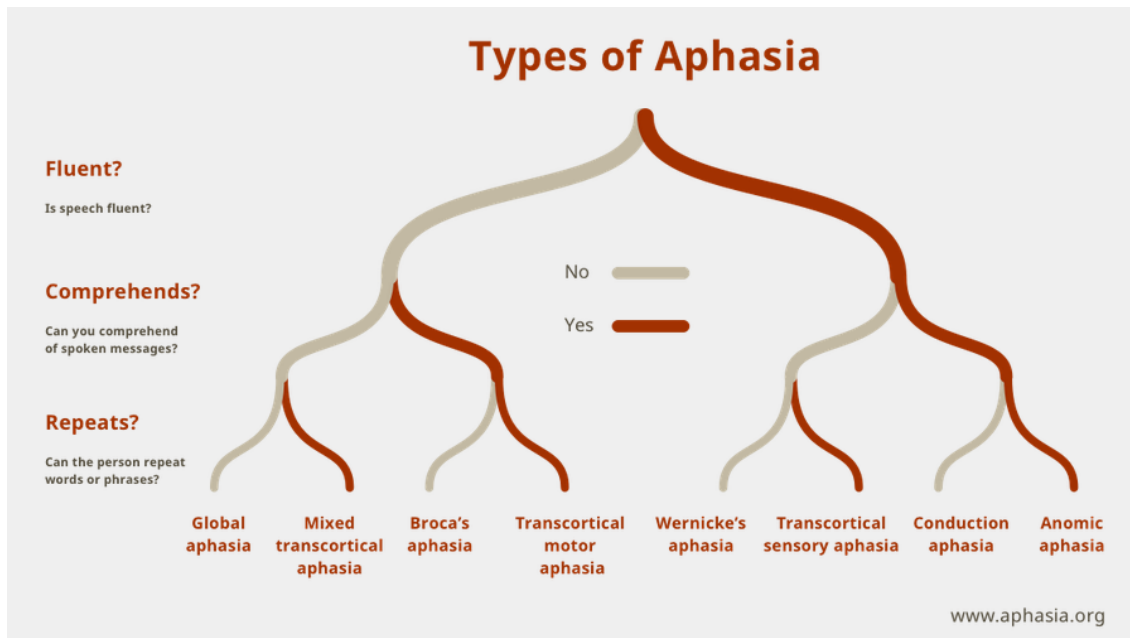
Varanda, E.M.G., Rodrigues, C.A.F. (2016) Reeducação Cognitiva em Enfermagem de Reabilitação: Recuperar o Bailado da Mente In Marques-Vieira, C. & Sousa, L. (Coord) *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 213 - 225). Loures: Lusodidacta.

Varanda, E., Rodrigues, C. (2016). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reeducar e Readaptar. In Marques-Vieira, C., Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta. (p. 139-143)

ANEXOS

ANEXO I - Diagnóstico diferencial dos tipos de afasia

Fonte: www.aphasia.org, consultado a 31 Junho 2017



ANEXO II - Teoria das transições de Afaf Meleis

Fonte: Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Karen, S. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), pp. 12 – 28

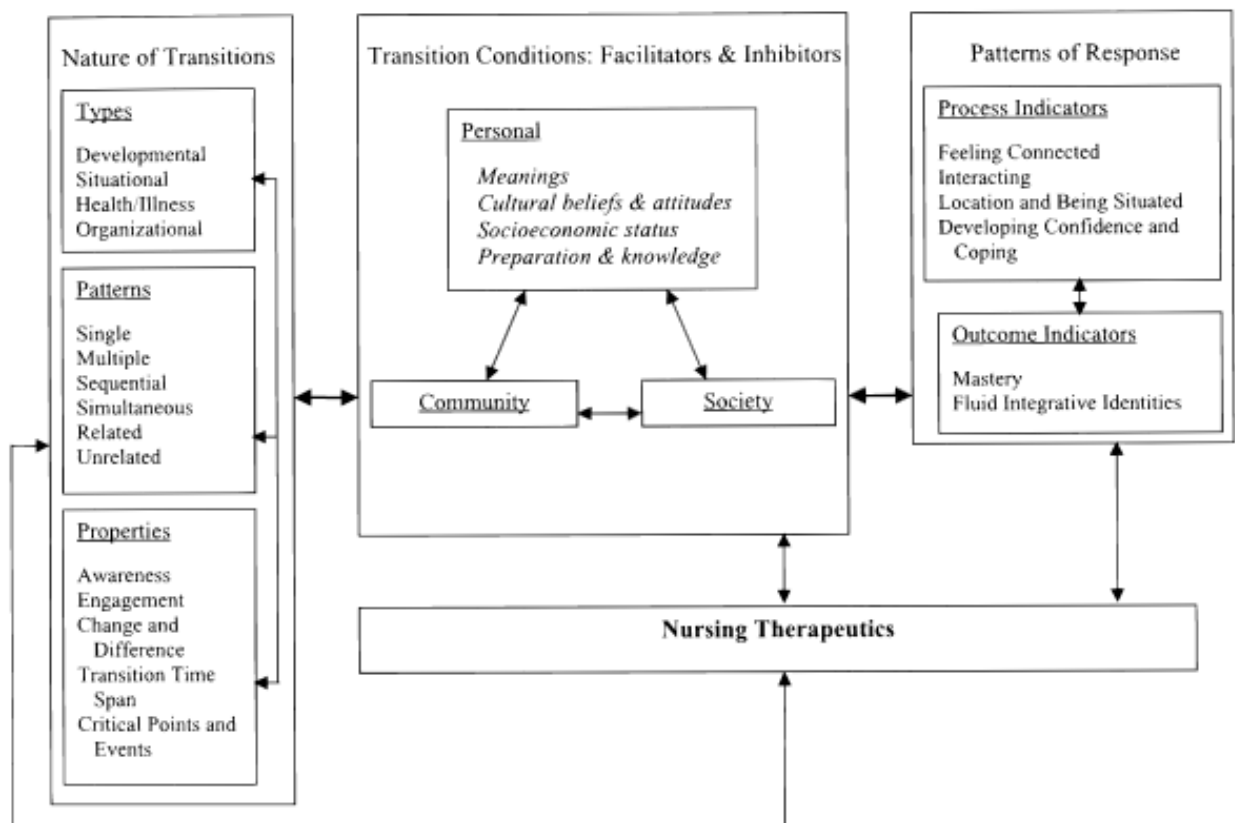


Fig 1. Transitions: a middle-range theory.

**ANEXO III – 11º Simpósio de Enfermagem – Impacto da comunicação na
qualidade dos cuidados**

11º SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM DO HBA IMPACTO DA COMUNICAÇÃO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS

15 de novembro 2017

Audatório do Hospital Beatriz Ângelo

PROGRAMA

08h30 Abertura do secretariado

09h00 Sessão de abertura

Isabel Vaz | Artur Vaz | Rui Mão | Teresa Simões

Mesa 1

Onde tudo começa...

Moderador: Margarida Amado Batista (Enfermeira Coordenadora da Área da Mulher/Recém-Nascido e SMI, Hospital Beatriz Ângelo)

09h10 Comunicação intrauterina

Isabel Carvalho (Área da Mulher/Recém-Nascido, Hospital Beatriz Ângelo)
Ana Rita Pinto (Área da Mulher/Recém-Nascido, Hospital Beatriz Ângelo)

09h30 Diagnóstico de situação - Abordagem na triagem

Bruno Limpo (Serviço Urgência Geral, Hospital Beatriz Ângelo)

09h50 O brincar promotor da qualidade dos cuidados de enfermagem na urgência pediátrica

Érica Carmo (Serviço Urgência Pediátrica, Hospital Beatriz Ângelo)
Susana Rodrigues (Serviço Urgência Pediátrica, Hospital Beatriz Ângelo)

10h10 Discussão

10h30 Coffee break

Mesa 2

Nas fases mais difíceis da vida, saber estar ao lado do outro...

Moderador: Sofia Ascensão Pereira (Enfermeira Coordenadora dos Internamentos Gerais e Psiquiatria, Hospital Beatriz Ângelo)

10h50 Desafio na demência: comunicar com a pessoa e família

Andréia Conde (Unidade de Demências, Hospital do Mar - Lisboa)

11h10 Adesão à terapêutica oral em oncologia - Resultado de estratégias de comunicação?

Sofia Castelhano (Enfermeira Coordenadora da Área do Ambulatório e Urgência, Hospital Beatriz Ângelo)

11h30 Comunicar com a família do doente nos últimos dias de vida

Cristina da Conceição Moreira (Unidade de Cuidados Paliativos - Hospital da Luz Lisboa)

11h50 Discussão

Link de inscrição | <https://learninghealth.up.avenet/11simposio-enfermagem-hba>
Secretariado | secretariado@luzsaude.pt
Hospital da Luz | Rua da Saúde, 100 | 1200-008 Lisboa | T: 217 910 8477

11º SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM DO HBA IMPACTO DA COMUNICAÇÃO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS

15 de novembro 2017

Audatório do Hospital Beatriz Ângelo

PROGRAMA

Mesa 3

Apontamento sobre a segurança do doente...

Moderador: Lúcia Caldas (Enfermeira Coordenadora dos Programas Transversais, Hospital Beatriz Ângelo)

12h10 Improving Patient Care and Communication - A perspectiva da JCI

Vanessa Pinto (GCL PPCBA/Gabinete de Gestão do Risco, Hospital Beatriz Ângelo)

12h25 Disclosure - Comunicação do erro

Inês Bento (Unidade Cuidados Intensivos/Intensivos, Hospital Beatriz Ângelo)

12h45 Discussão

13h05 Almoço livre

Mesa 4

Quando o Outro está mais distante do Eu, como comunicar com eficácia?

Moderador: Teresa Afonso (Enfermeira Coordenadora da Área Cirúrgica, Hospital Beatriz Ângelo)

14h15 E quando o doente não está receptivo, como estabelecer a relação?

Marta Gaspar (Departamento Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Beatriz Ângelo)
Pedro Freire (Departamento Psiquiatria e Saúde Mental, Hospital Beatriz Ângelo)

14h35 O doente de etnia cigana: uma visão dos enfermeiros

João Fernandes (Presidente da Associação Portuguesa de Enfermeiros)

14h55 Senhor enfermeiro onde está o meu pai? - Role play

Diana Silva (Bloco Operatório, Hospital Beatriz Ângelo)

15h05 Comunicação multidisciplinar: comunicar em sala de operações

Pedro Costa (Bloco Operatório, Hospital Beatriz Ângelo)

15h25 Lista de verificação de segurança numa unidade de técnicas endoscópicas

Vânia Veleco Reis (Unidade de Técnicas Endoscópicas, Hospital da Luz - Setúbal)

15h45 Discussão

Link de inscrição | <https://learninghealth.up.avenet/11simposio-enfermagem-hba>
Secretariado | secretariado@luzsaude.pt
Hospital da Luz | Rua da Saúde, 100 | 1200-008 Lisboa | T: 217 910 8477



11º SIMPÓSIO DE ENFERMAGEM DO HBA IMPACTO DA COMUNICAÇÃO NA QUALIDADE DOS CUIDADOS

15 de novembro 2017
Auditório do Hospital Beatriz Ângelo

PROGRAMA

Vídeo

16h05 *Communications - What could possibly go wrong?*

Conferência de encerramento

Moderador: Teresa Simões (Enfermeira Diretora, Hospital Beatriz Ângelo)

16h10 **Ensinar?... Educar?... Formar adultos?... Qual a chave do sucesso?**

Convidados: Sandra Queiroz (Prof. Doutora, Escola Superior Enfermagem S. Francisco das Misericórdias)

Francisca Leite (Direção de Formação, Investigação e Inovação, Learning Health)

16h40 **Discussão**

17h00 **Sessão de encerramento**

Concurso de pósteres
Consultar regulamento

Comissão organizadora:

Teresa Simões | Luisa Caldas | Rosa Pereira | Ana Rita Pereira

Comissão científica:

Teresa Afonso | Margarida Amado Batista | Sónia Caldeirinho | Sónia Pereira

Júri dos pósteres:

Sónia Caldeirinho | Filipa Pires | Pedro Carrapato | Ana Rita Pereira

Link de inscrição: <https://www.hba.beatriz-angelo.pt/11simposio-enfermagem-hba>

Secretariado: secretariado.enfermagem@hba.beatriz-angelo.pt

Hospital Beatriz Ângelo - hba.beatriz-angelo.pt

Av. 1.ª de Maio, 150 - 1050-012 Lisboa - Portugal - Tel. 21 790 927 700



ANEXO IV – Formação: A pessoa com AVC

Fundamentação

O AVC é a primeira causa de morbimortalidade em Portugal.

O seu tratamento tem evoluído muito ao longo dos últimos anos, assistindo-se a uma mudança radical no prognóstico dos doentes com AVC agudo. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde que acompanham o doente, desde o reconhecimento e encaminhamento precoce, a terapêutica na fase aguda, a prevenção e tratamento de complicações, reabilitação e acompanhamento após alta, é fundamental para assegurar a melhor capacidade funcional possível ao doente após AVC.

Com esta formação pretende-se abordar os vários aspetos do tratamento do doente com AVC ao longo das suas fases de evolução, numa visão integrada e multidisciplinar no Centro Hospitalar Lisboa Cental.

Objetivos

Objetivo Geral:

Reflectir sobre os cuidados prestados aos Doentes com AVC e o apoio às suas famílias.

Objetivos Específicos:

Pretende-se que os participantes no final da formação:

- conheçam o papel da Via Verde;
- adquirir/actualizar os conhecimentos necessários para os cuidados a estes doentes;
- reconheçam possíveis complicações do AVC;
- desenvolvam estratégias eficazes na gestão das complicações do AVC;
- sejam capazes de definir o potencial de cada doente e contribuir para a sua reabilitação precoce, conseguindo prevenir/evitar sequelas.

Conteúdos Programáticos

A Via Verde AVC e os cuidados na fase aguda:

1. Cuidados Médicos na fase aguda do AVC.
2. Cuidados de Enfermagem na fase aguda do AVC.

O Internamento Na Medicina

1. Etiologias do AVC
2. Complicações do AVC
3. Profilaxia secundária do AVC

Gestão de Complicações do AVC

1. Pneumonia de aspiração
2. Trombose venosa
3. Espasticidade
4. Subluxação do ombro
5. Quedas
6. Úlcera por pressão/Dermatite associada à incontinência (DAI)

Síndromes vasculares cerebrais: correlações anatomo-clínicas

Reabilitação Neuropsicológica

1. Breve Introdução - Intervenção Neuropsicológica no AVC
2. Sequelas Cognitivas, Comportamentais e Emocionais no AVC
3. Reabilitação Cognitiva: Objectivos, abordagem, eficácia.
4. Como lidar com o Doente

"Gestos que podem marcar a diferença"

Reabilitar o doente com AVC no internamento de Medicina Física e Reabilitação:

1. Objectivo do internamento
2. Ensinos
3. Filme

A intervenção do Fisioterapeuta no doente com AVC em meio hospitalar

1. Princípios de intervenção
2. Fases de intervenção
3. A realidade no CHLC

Do hospital para casa: a intervenção do serviço social com os doentes/família com diagnóstico de AVC

1. Organização da AAS no CHLC, EPE
2. Modelo de actuação dos assistentes sociais no CHLC, EPE
3. O diagnóstico de AVC: avaliação da funcionalidade do doente e potencial de recuperação - a importância do trabalho em equipa multidisciplinar
4. Avaliação das necessidades do doente/família
5. Respostas clínicas/sociais

O doente com AVC na RNCC

Destinatários

Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Dietistas, Psicólogos e Assistentes Sociais.

A PESSOA COM AVC

Datas, Horário, Duração e Local de Realização

- 12 de Janeiro de 2018
- das 9h -18h,
- HSM - Auditório

Metodologia

Método expositivo, demonstrativo e discussão de casos práticos.

Avaliação

No final os formandos respondem a questionário de reação e espera-se que haja participação ativa na formação.

Prazo de Inscrição

Até dia 9 de Janeiro

Modalidades de Inscrição

Ficha, disponível na Intranet – Portal da AGF, ou nos secretariados da AGF. As inscrições deverão ser entregues na AGF (instalações dos Hospitais dos Capuchos, S. José, Santa Marta, D. Estefânia, Curry Cabral).

Só os formandos selecionados serão contactados via telefone pela AGF.

Formadores

Dr. Alberto Fior
Unidade Cerebro Vascular - HSJ

Enf.^a Teresa Gonçalves
Unidade Cerebro Vascular - HSJ

Enf. Ricardo Braga
Unidade Cerebro Vascular - HSJ

Dr. Mário Alcatrão
Medicina 1 - HSAC

Enf.^a Ana Cláudia Teixeira
Medicina 5 - HSAC

Enf.^a Carla Sofia Teodoro
Medicina 1 - HSAC

Dr.^a Soraia Vaz
Neurologia - HSAC

Dr.^a Alexandra Mendes
Neuropsicologia - CHLC

Enf.^a Luísa Manso
Medicina Física e Reabilitação -
Internamento - HCC

Fisioterapeuta Carla Pimenta
Medicina Física e Reabilitação - HCC

Fisioterapeuta Ana Palma
Medicina Física e Reabilitação - HCC

Dr.^a Fátima Ferreira
Área de Apoio Social - HSM

Dr.^a Teresa Mesquita
Rede Nacional de Cuidados
Continuados

A PESSOA COM AVC

Coordenação Pedagógica

Ana Vaz Pereira, Técnica Superior – AGF,
no Hospital de S. Marta.

Secretariado

Aurora de Castro – HSM - AGF

Ext. 41298

aurora.castro@chlc.min-saude.pt

ANEXO V – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

Fonte: Norma n.º 054/2011 de 27 de Dezembro (2011). Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Direcção-Geral da Saúde. pp 1-19.

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO _____						

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

NÍVEIS	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (dispositivo)	SEM AJUDA
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)	AJUDA

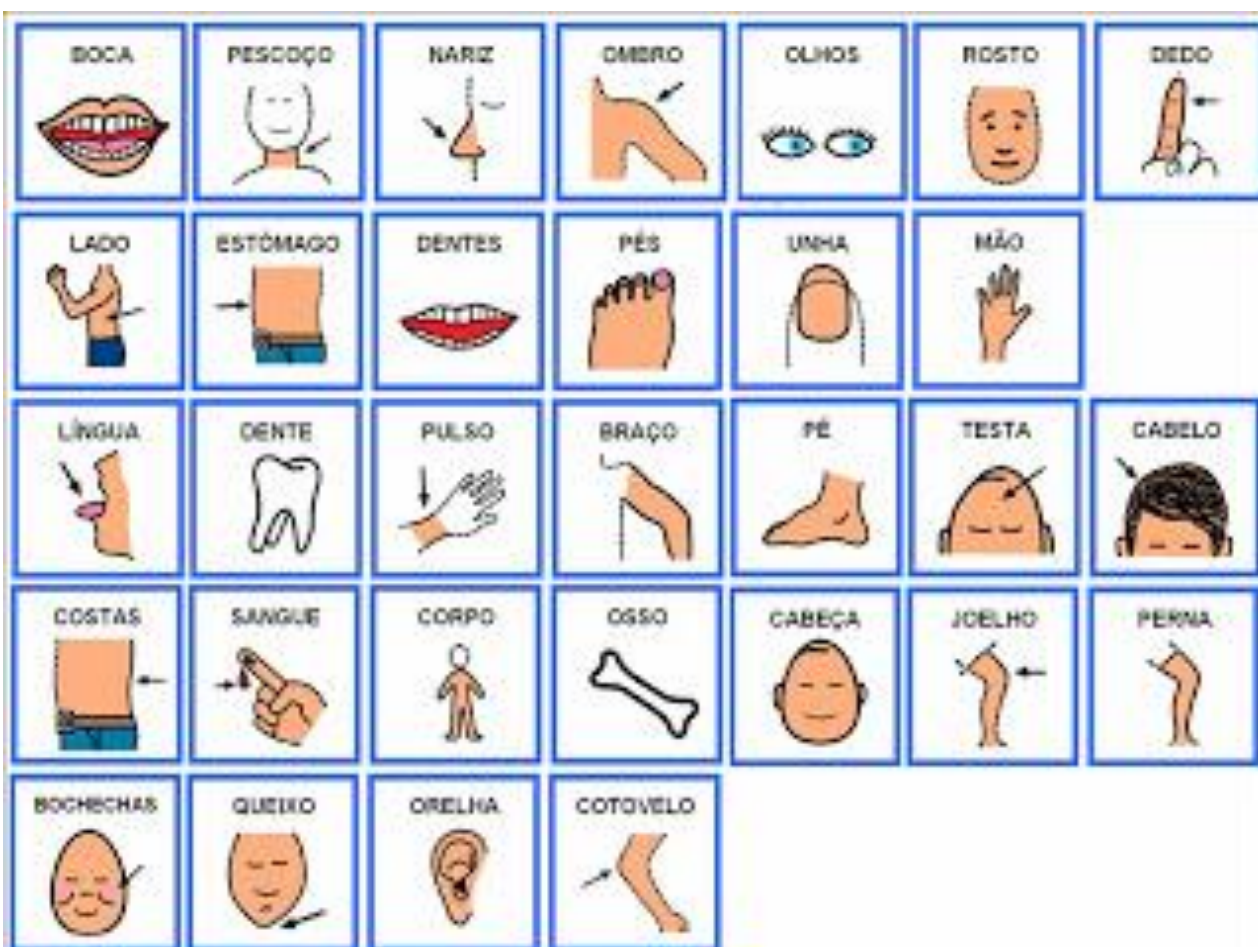
	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M	3M	6M	12M	18M
DATA							
AUTO-CUIDADOS							
A. Alimentação							
B. Higiene pessoal							
C. Banho							
D. Vestir metade superior							
E. Vestir metade inferior							
F. Utilização da sanita							
CONTROLO DOS ESFINCTERES							
G. Bexiga							
H. Intestino							
MOBILIDADE							
TRANSFERÊNCIAS							
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas							
J. Sanita							
K. Banheira, Duche							
LOCOMOÇÃO							
L. Marcha Cadeira de Rodas							
M. Escadas							
COMUNICAÇÃO							
N. Compreensão							
O. Expressão							
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR							
P. Interação social							
Q. Resolução dos problemas							
R. Memória							
TOTAL							

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Aplicação da Escala MIF (instruções)

NÍVEL DE FUNÇÃO	Dependente - (com ajuda)					
	Se necessitar outra pessoa para a separação ou ajuda física, sem esta, a actividade não se realiza					
	DEPENDÊNCIA MODERADA - a ajuda física não chega 25% do esforço		DEPENDÊNCIA COMPLETA - a ajuda física chega 25% ou mais do esforço			
	3 - SUPORTE ÀO PREPARAÇÃO	4 - AJUDA FÍSICA	5 - AJUDA MODERADA	6 - AJUDA MÁXIMA	7 - AJUDA TOTAL	
	g) Se necessita de ajuda física, suporta ou encorajamento, sem contacto físico ou fi. ajudante prepara o prato necessitando de ajuda física ou técnica (ajuda técnica)	h) Contacto físico. Suporta necessitando 75% do esforço ou das tarefas	i) Contacto físico. Suporta necessitando 25% a 74% do esforço ou das tarefas	j) Suporta necessitando >= 25% a 74% do esforço ou das tarefas	k) Suporta necessitando > 20% do esforço ou das tarefas	
ALTO GRAU DE	A	g) OU h) exº, o ajudante coloca o prato com a tampa removida, serve bebidas	h) ...	i) ...	j) ou usa garfo/furador ou alimentação parentérica que não alimenta por si.	
	B	g) OU h) exº, o ajudante coloca o prato no prato ou outro recipiente próximo do beneficiário	h) ...	i) ...	j) ...	
	C	g) OU h) exº, o ajudante prepara a água ou os utensílios de limpeza necessários	h) ...	i) ...	j) ...	
	D	g) OU h) exº, o ajudante prepara o suco ou o chá ou o café ou o chá ou o café	h) ...	i) ...	j) ou não é vendido	
	E	g) OU h) exº, o ajudante prepara o suco ou o chá ou o café ou o chá ou o café	h) ...	i) ...	j) ou não é vendido	
	F	g) OU h) exº, o ajudante coloca a água técnica ou a água técnica. Ou necessitando de ajuda para colocar a água técnica	h) ...	i) ...	j) ...	
CONTROLO DE	G	h) para manutenção de coletor externo, ou acidente ocasional (<1 vez/ano)	i) para manutenção de coletor externo ou tem acidente ocasional (<1 vez/ano)	k) muito-se quase diária, deve usar ajuda física ou não usa ou coletor	j) muito-se quase diária, necessita sempre, ajuda física ou não usa ou coletor	
	H	g) OU h) exº, o ajudante prepara equipamento para controle ou para manutenção de estoma, pode ter acidente ocasional (<1 vez/ano)	i) uma suposição ou defeito ou ajuda técnica, ou pode ter acidente ocasional (<1 vez/ano)	k) apesar da ajuda, está quase diariamente há ou não estoma	j) apesar da ajuda, está quase diariamente, necessita de ajuda com ou sem estoma	
MEDIÇÃO/TRANSFERÊNCIA	I	g) OU h) exº, o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais de CR, etc.	h) ...	i) ...	j) ...	
	J	g) OU h) exº, o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais de CR, etc.	h) ...	i) ...	j) ...	
	K	g) OU h) exº, o ajudante coloca tábua de transferência, mobiliza os pedais de CR, etc.	h) ...	i) ...	j) ...	
LOCOMOÇÃO	L	5-Exceção: Sem Ajuda, desce/abaixa em casa, faz marcha, ou usa CR >=15m, ou se a ajudar de marcha. 5-g) para percorrer >=45m (a fazer marcha ou com)	h) -para percorrer >=45m	i) -para percorrer >=45m	k) -para percorrer >=15m. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	j) ou requer ajuda de 2 pessoas ou não faz marcha ou CR>=15m.
	M	5-Exceção: Sem Ajuda, em casa, sobe e desce 4 a 6 degraus, com ou sem ajuda física ou ajuda técnica. 5- g) para subir e descer 12-14 degraus	h) -para subir e descer 12-14 degraus	i) -para subir e descer 12-14 degraus	k) -para subir e descer 4-6 degraus. Necessita de ajuda de 1 só pessoa	j) ou precisa ajuda de 2 pessoas ou não sobe nem desce 4-6 degraus, ou necessita ser transportado
COMUNICAÇÃO	N	<Compreende conversa ou texto de necessidades quotidianas básicas >20% das vezes, precisa ajuda <10% das vezes (conversa lenta, repetições, acatamento simples, orientação visual, gestos)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% das vezes, pode só compreender questões ou afirmações simples	... <20% das vezes, ou, apesar da ajuda, não entende questões simples ou não tem respostas adaptadas
	O	Expressa necessidades e ideias essenciais da vida quotidiana >60% das vezes, necessita de ajuda <10% das vezes (ver necessidade)	... (ver atrás) em 75-90% das vezes	... (ver atrás) em 50-74% das vezes	... 25-49% x, pode só usar gestos ou palavras isoladas. Necessita de ajuda >50% das vezes	... <20% das vezes, ou não expressa as necessidades essenciais apropriadamente apesar da ajuda
COMUNICAÇÃO	P	g) -50% das situações de stress ou não familiares, mas <10% das vezes. Pode necessitar de encorajamento para iniciar a participação	Conduz-se apropriadamente em 75-90% das vezes	Interage apropriadamente em 50-74% das vezes	Conduz-se apropriadamente em 25-49% das vezes. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos	Conduz-se apropriadamente em <25% das vezes. Pode necessitar restrição de contactos ou deslocamentos
	Q	g) -para resolver problemas de rotina, mas só em situações de stress ou não familiares <10% das vezes	Resolve os problemas de rotina E, 75-90% das vezes	E, X (ver atrás) em 50-74% das vezes	E, E (ver atrás) 25-49% das vezes, pode necessitar de restrição de contactos por segurança	E, E (ver atrás) <20% das vezes, pode necessitar de restrição de contactos por segurança
	R	g) exº, suporta ou repetição, mas só em situações de stress ou não familiares <10% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 75-90% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 50-74% das vezes	Reconhece ou lembra-se em 25 a 49% das vezes. Tem necessidade de ajuda em <20% das vezes	Reconhece ou lembra-se em <25% das vezes ou não reconhece nem lembra

ANEXO VI – Exemplo dos instrumentos disponíveis no dossier de comunicação do
serviço MFR

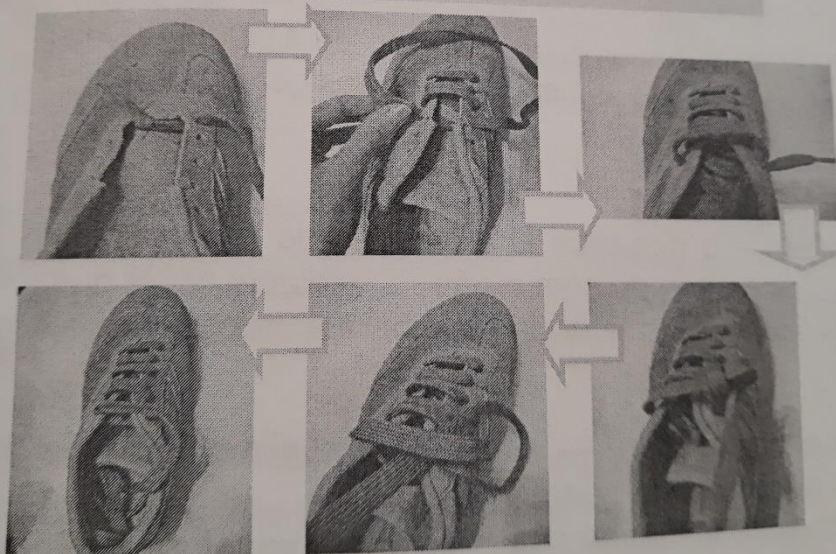


ANEXO VII – Apertar os atacadores (Exemplo retirado do Guia de Acolhimento da
MFR)

CALÇAR: (Igual às meias)

Se não conseguir calçar totalmente o sapato, utilize uma calçadeira de cabo comprido.

No caso de haver atacadores, faça o



APÊNDICES

APÊNDICE I – Projecto de Estágio (versão curta)

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Projeto de Estágio

**A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida:
a intervenção do EEER no processo de transição**

Inês Meliço Simões
Nº536

Regente: Prof. Miguel Serra
Orientador: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa
Julho 2017



1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

TÍTULO

A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida: a intervenção do EEER no processo de transição

PALAVRAS-CHAVE

Comunicação, Enfermagem, Reabilitação, afasia, lesão cerebrovascular, AVC, transição. *Communication, nursing care, rehabilitation, aphasia, cerebrovascular disorder/stroke, transition.*

DURAÇÃO

18 semanas: 25 Setembro 2017 – 9 Fevereiro 2018.

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS (Apêndice I)

Serviço de Neurologia

O serviço encontra-se organizado em duas alas: Neurologia Vascular e Neurologia Geral, ambas com treze utentes cada (quatro senhores, quatro senhoras, quatro camas de Cuidados Intermédios e um quarto individual). Os diagnósticos médicos prevalentes são AVC isquémico e hemorrágico, AIT, crises epiléticas, patologia neurodegenerativa, enxaqueca, Parkinson e lesão III par craniano. A média de idade dos utentes é variável, situando-se de forma geral entre 20-70 anos.

A equipa é constituída por dezanove enfermeiros, sendo cinco deles especialistas, distribuídos pelos três turnos. A selecção dos utentes alvos dos cuidados dos EEER é feita pelos próprios. O registo dos cuidados realizados é inserido no processo de cada utente, em instrumento próprio. Actualmente não existem projectos de Enfermagem de Reabilitação a serem desenvolvidos no serviço, contudo identifica-se a área da comunicação como prioritária, uma vez que mais de metade da população tem afasia ou alterações na comunicação.

As reuniões de equipa multidisciplinar ocorrem semanalmente; 3ª feira para Neurologia Geral e 4ª feira Neurologia Vascular. Está sempre presente a EEER responsável pela gestão de altas. O planeamento da alta é iniciado na admissão do utente, sendo variável o seu destino após o internamento. No entanto, sempre que

desejável e exequível é realizada educação para a saúde aos familiares/cuidadores, pelo que as altas não são concluídas à sexta-feira (reforço da educação para a saúde e articulação com apoios na comunidade). No entanto, e apesar de toda esta caracterização, à data da entrevista, os EEER não se encontravam a exercer as funções descritas por insuficiência de recursos humanos.

ACES , ECCI

A ECCI insere-se no ACES e contempla a área geográfica do concelho . Funciona em todos os dias úteis entre 8h-18h e sábados 9h-13h, com um total de cinco enfermeiras (duas delas especialistas em Enfermagem de Reabilitação), uma assistente operacional, dois médicos de Medicina Geral e Familiar, uma assistente social e uma psicóloga, distribuídos por 50 utentes.

A referenciação destes utentes é feita pelo Centro de Saúde, Equipa de Gestão de Altas (hospitar – EGAS) outras valências da RNCCI. As principais patologias identificadas são AVC, síndrome de imobilidade, patologia respiratória e demência, sendo a área motora a de maior predomínio para a intervenção do EEER.

A selecção dos utentes alvo dos cuidados das duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Reabilitação é feita pelas próprias. No entanto, existem critérios de inclusão definidos para a integração destes na ECCI – serem utentes complexos, cuja intervenção do Centro de Saúde seja incapaz de satisfazer as suas necessidades; possuam dificuldade de deslocação a unidades de Saúde – e de exclusão, não possuam pessoa de referência/cuidador identificado. A avaliação inicial para a aceitação dos utentes na ECCI é feita até às primeiras 48H.

Actualmente, não existem projectos em Enfermagem de Reabilitação a serem desenvolvidos, nomeadamente na área da linguagem. No entanto, são identificadas como áreas de intervenção prioritárias a adesão a terapêutica e o suporte familiar. O registo dos cuidados do EEER, bem como os instrumentos de avaliação utilizados cumpre o obrigatório na plataforma informática *SClínico*, inserido na RNCCI, não existem processo próprio do utente na ECCI.

As reuniões de equipa multidisciplinar ocorrem uma vez por mês. Os utentes são acompanhados pelas EEER em média 2X3 vezes semanas, cerca 1h por dia.

ESEL- instituição responsável pela organização do 8º CMMER e selecção dos locais de estágio.

3. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

O presente projecto surge no âmbito da Unidade Curricular Opção II, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e visa desenvolver de competências especializadas em Enfermagem de Reabilitação, através da articulação dos conhecimentos teóricos apreendidos durante o curso, da minha motivação com a escolha do tema alterações da linguagem e com os estágios que serão realizados.

O projecto está estruturado da seguinte forma: identificação do projecto; componente científica e formativa, onde é apresentada a análise resultante da Revisão *Scoping* sobre a temática; enquadramento conceptual do tema, no qual fundamento a pertinência da temática abordada, através do desenvolvimento de conceitos, bem como da importância da intervenção do EEER com a pessoa em situação de afasia e família. Como quadro conceptual teórico de enfermagem recorro à Teoria das Transições de Meleis, de forma a estruturar o pensamento e metodologia.

Por fim, descrever-se-á o plano de trabalho e métodos, com a fundamentação da escolha dos locais de estágio e dos objetivos do projecto.

Com o intuito de analisar a literatura sobre a intervenção do Enfermeiro Especialista no processo de transição (hospital/comunidade) da pessoa com alterações da linguagem decorrentes de lesão cerebrovascular adquirida foi seguida a metodologia de investigação sugerida para o projecto, procedendo-se a uma revisão *Scoping*. A estratégia de pesquisa foi efectuada através da plataforma EBSCO, nas bases de dados *CINAHL Plus®* e *MEDLINE*. Na pesquisa inicial foram utilizadas as palavras-chave referentes ao PCC (termos em linguagem natural), articulando-as com os termos indexados correspondentes - *CINAHL Headings* e *MeSH 2017*. (Apêndice II)

Da lista de referências bibliográficas de todos os artigos selecionei um artigo por cumprir os critérios de inclusão e não ter sido identificado previamente, ficando com um total de seis artigos para analisar. A estrutura seguida referente à selecção dos artigos encontra-se sintetizada no fluxograma (Apêndice III)

Como ponto de partida foram delineadas as seguintes questões:

1. Que alterações são sentidas pela pessoa com afasia no desempenho das suas actividades de vida diárias? / Que impacto tem a afasia na funcionalidade da pessoa?
2. Quais as intervenções do EEER no cuidado à pessoa com afasia?
3. Como promove o EEER uma transição eficaz da pessoa com afasia e sua família?

Foram res«eitados os critérios de inclusão, sendo os participantes de idade igual ou superior a 18 anos, com alterações da linguagem, nomeadamente afasia, decorrentes de lesão cerebrovascular e inseridos em todos os contextos onde sejam alvos de cuidados de enfermagem com o intuito de reabilitação. Os conceitos subjacentes à pesquisa são cuidado de enfermagem, reabilitação, linguagem e lesão cerebrovascular.

Os principais conceitos e resultados emergentes da análise dos artigos são apresentados em súmula, sob a forma de tabela no apêndice IV.

O critério de inclusão comum aos seis artigos analisados é a existência de afasia decorrente de AVC. De facto, mais de 50% dos sobreviventes após AVC têm problemas de linguagem (1,3,5). Os enfermeiros carecem de habilidades especializadas na comunicação efectiva com estas pessoas, tendo dificuldade em identificar e compreender as suas necessidades.

Em metade dos artigos analisados (McGilton et al 2009; Souza e Arcuri, 2016; Gordon, C; Ellis-Hill, C & Ashburn, A 2009) é identificada a não actualização de conhecimentos na área da comunicação por parte dos enfermeiros como prejudicial à prestação de cuidados.

Segundo (McGilton et al 2009; Gordon, C; Ellis-Hill, C & Ashburn, A 2009), os cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem, apenas são possíveis quando assentes na comunicação centrada no cliente podendo, desta forma, satisfazer as suas necessidades. Todos os artigos analisados concluem que a comunicação eficaz é essencial para o estabelecimento de uma relação profissional – utente.

Para que os cuidados possam ser individualizados é importante identificar os factores preditores de qualidade de vida da pessoa com AVC. Apesar de não serem identificados os factores mais prevalentes por Hilari, Needle & Harisson (2012) no seu artigo, são enumerados os aferidos da revisão sistemática realizada: o stress

emocional, a afasia severa, alterações na comunicação social e a limitação da participação nas actividades.

A formação na área da comunicação com pessoas com alteração da linguagem é escassa ou inexistente e surge como um entrave ao cuidado de enfermagem. Os enfermeiros desconhecem estratégias comunicacionais a usar na interacção com a pessoa com afasia, pelo que é prioritário o investimento formativo na área específica da comunicação. (McGilton et al 2009; Gordon, C; Ellis-Hill, C & Ashburn, A 2009)

De facto, o impacto das alterações da comunicação na pessoa pode ser visto como resultado da interacção de vários componentes, incluindo a autonomia na vida pessoal e social, o ambiente de comunicação, a gravidade das deficiências de comunicação, as características pessoais e a experiência de viver com alteração de linguagem. Todas estas componentes se influenciam entre si. (McGilton et al 2009)

O desempenho das actividades de vida diárias (AVD's) das pessoa inseridas em programas de reabilitação resulta de interacções enfermeiro – cliente e pode estar comprometido se a comunicação também o estiver. Este comprometimento leva a que o potencial e o bem-estar do cliente após AVC não sejam optimizados. (McGilton et al 2009)

O delineamento de planos de cuidados individualizados que contemplem intervenções específicas para a pessoa com afasia e a realização das suas AVD's deve ser inserido nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Na verdade, estes planos resultam de uma co-construção com os profissionais da terapia da fala.

O objectivo de um dos artigos analisados, é treinar a equipa de Enfermagem em *communication intervention called “Patient-Centred Communication Intervention (PCCI)”*. A intervenção PCCI inclui desenvolvimento de atitudes, conhecimentos e habilidades da equipa de enfermagem, ou seja, actuação no ambiente da comunicação.

De facto, para cuidar é preciso conhecer. O enfermeiro tem obrigação de identificar a afasia, diagnosticando-a e planeando intervenções em estreita colaboração com os terapeutas da fala (Poslawsky et al, 2010). Neste sentido, com a aplicação do modelo de intervenção PCCI são contempladas três componentes: plano individualizado baseado na comunicação com o cliente específico, elaborado após avaliação do Terapeuta da Fala e do enfermeiro; workshop de um dia focado em estratégias de comunicação e comportamento; sistema de apoio à equipa, ou seja, avaliação *in loco* da aplicabilidade do plano de cuidados no dia-a-dia.

A colaboração entre terapeutas da fala e enfermeiros é de extrema importância no aumento da intensidade e funcionalidade dos exercícios da linguagem, o que pode melhorar a qualidade do tratamento. Poslawsky et al, (2010) são os próprios terapeutas a identificar esta necessidade de intervenção conjunta.

Todos os artigos reconhecem a falta de evidência científica em enfermagem dentro da temática. Os mesmos autores vão mais além e afirmam que as *guidelines* no âmbito da Reabilitação da pessoa em situação de AVC não abordam os cuidados de enfermagem à pessoa com afasia. Assim, um dos desafios parece ser o de realizar investigação direccionada para a afasia, nomeadamente na área de Enfermagem. (Poslawsky et al, 2010)

O enfermeiro frequentemente conversa com os utentes com o intuito funcional de resolver um problema ou executar uma técnica, não recorrendo a estratégias de comunicação social ou afectiva. A falta de confiança é identificada pelos utentes como um factor desencadeante de uma interacção entre pessoa com afasia e enfermeiro, em que o segundo controla o tópico da conversa, criando assimetrias na relação (Gordon, C; Ellis-Hill, C & Ashburn, A 2009).

Afere-se a existência de incongruência entre as estratégias de comunicação referidas e as usadas de forma efectiva pelos enfermeiros durante a prestação de cuidados a pessoas em situação de afasia decorrente de AVC. Esta afirmação é corroborada por Souza e Arcuri (2016); de facto, as estratégias comunicacionais utilizadas pelos enfermeiros surgem de forma informal, ou seja, sem conhecimento apropriado dos profissionais, existindo mesmo resistência destes em aprender técnicas novas e mais eficazes. Verifica-se um automatismo presente na prestação dos cuidados, executados com poucas iniciativas de comunicação não verbal e presença de apatia por parte dos utentes, sequelar à falta de estimulação durante a interacção.

Comunicar é uma técnica complexa, como concluído da análise dos artigos.

De facto, a construção do presente projecto partiu das problemáticas pessoal e profissional. Por um lado, a comunicação é inerente a todo o ser humano e estamos em constante interacção com as pessoas e com o meio que nos rodeia. Por outro, profissionalmente, a população - alvo dos cuidados de enfermagem no meu contexto diário (serviço de Medicina) é o adulto idoso. Esta população tem elevada incidência

de doenças cerebrovasculares e/ou risco elevado, levando às alterações que daqui decorrem.

Efectivamente, é difícil enquanto enfermeiro comunicar com pessoas com alteração da linguagem, quer pelo ritmo e priorização errónea dos próprios cuidados, quer por défice de conhecimentos e habilidades. Deparo-me com estes obstáculos diariamente. Acrescento que a comunicação com pessoas em situação de afasia e a implicação para a funcionalidade das mesmas é transversal a vários contextos de trabalho, desde o internamento à comunidade.

As conclusões resultantes da revisão *scoping* realizada corroboram estas problemáticas. Emergiu o impacto social que a afasia tem na vida da pessoa, uma vez que pode ser limitadora do seu desempenho nas actividades de vida e geradora de stress na pessoa e família (McGilton et al, 2009; Poslawsky et al, 2010), produzindo alterações na dinâmica familiar e impacto negativo na vida de relação da pessoa.

A problemática toma uma dimensão académica, pela escassa evidência científica encontrada na área de enfermagem, nomeadamente em Enfermagem de Reabilitação.

Desta forma, a escolha do tema tem o intuito de melhoria de cuidados bem como o de desenvolvimento de competências gerais e comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Após análise da evidência encontrada, foi ajustado o título do projecto a desenvolver, tornando-se este mais específico dentro das alterações da linguagem existentes (afasia), das lesões cerebrovasculares (adquirida) e do impacto que tem na vida da pessoa (transição) - A pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida: a intervenção do EEER no processo de transição.

3.2- Enquadramento Conceptual do Tema

Dados Epidemiológicos

A Enfermagem revela-se cada vez mais um desafio se considerarmos o contexto dos cuidados de saúde e as conjecturas social e económica actuais do país. A própria caracterização sócio demográfica da população europeia e portuguesa, bem como as especificidades de saúde dos utentes alvo dos cuidados, cria a necessidade de reestruturação das organizações e políticas de saúde.

A esperança média de vida em Portugal é de 80.8 anos, sendo que os homens vivem em média 77.6 anos e as mulheres 84 anos, enquadrando-se nos valores médios da OCDE (80.5 anos). (OECD, 2015 - pp 46-47)

Apesar de, no que diz respeito ao número de enfermeiros por 1000 habitantes, Portugal ter visto crescer a sua média de 4.1 enfermeiros em 2000, para 6.1 enfermeiros no ano de 2013, estes valores permanecem abaixo da média da OCDE: 9.1 enfermeiros por cada 1000 habitantes, havendo mesmo países como a Suíça ou a Finlândia que alcançam valores entre 15-17 enfermeiros. (OECD, 2015, pp. 90-92)

Embora se verifique um declínio nas décadas recentes, as doenças cardiovasculares permanecem como a primeira causa de morte no mundo. (WHO, 2016) No que diz respeito à doença cerebrovascular, esta é identificada como a causa subjacente de 7% de todas as mortes nos países da OCDE em 2013. (OECD, 2015)

Segundo o relatório Doenças Cardio - Cérebrovasculares em números (DGS, 2015), em 2013 foram identificados 11.751 óbitos por doença cerebrovascular em Portugal, sendo que a taxa de mortalidade por esta patologia é de 54,6 % (por 100.000 habitantes). Na verdade o AVC constitui a primeira causa de morte e incapacidade permanente em Portugal. (DGS, 2010)

Também em Portugal se verifica um aumento da demora média de internamento desde 2010, sendo de 12,55 dias em 2014. (DGS, 2015) Não é possível ser ignorado o impacto económico que decorre da incapacidade provocada por estas patologias, bem como dos custos relacionados com o seu tratamento.

Este panorama nacional e internacional obriga-nos a repensar a intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente nos cuidados de Enfermagem à pessoa com lesão cerebrovascular adquirida e sua família. (DGS, 2015)

Um dos objectivos do Programa Nacional para as Doenças Cardio-cérebrovasculares é a prevenção, sobretudo secundária e de reabilitação. Assim, enfatiza-se a necessidade de intervenção dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação com a pessoa com lesão cerebrovascular adquirida, nomeadamente na avaliação do impacto do processo de transição saúde-doença na sua funcionalidade, com especial ênfase nas questões relacionadas com a linguagem.

3.2.1- A pessoa em situação de afasia por lesão cerebrovascular adquirida

Lesão cerebrovascular adquirida

A doença cerebrovascular refere-se a um grupo de patologias relacionadas com lesões na rede de vasos sanguíneos responsáveis pela irrigação cerebral. As lesões cerebrovasculares adquiridas resultam de lesões focais, multifocais ou difusas. (Sohlberg & Mateer, 2008)

O acidente vascular cerebral é, maioritariamente, uma lesão neurológica focal. O AVC isquémico caracteriza-se por uma alteração na irrigação cerebral (bloqueio ou suspensão) e o AVC hemorrágico resulta do extravasamento sanguíneo dos vasos para o território cerebral. (Sohlberg & Mateer, 2008; Marques Vieira e Sousa, 2016)

A avaliação da lesão considera três dimensões: localização, gravidade e patologia subjacente. Cada patologia tem dois estadios que contribuem para a lesão cerebral: o dano imediato ao tecido cerebral, resultante das forças mecânicas ou mecanismos fisiopatológicos e complicações cerebrais secundárias que se desenvolvem como consequência a lesão primária.

O grau de recuperação é normalmente rápido nos estadios iniciais após a lesão cerebral e, em regra, diminui com o passar do tempo. Na lesão moderada a grave, a recuperação é mais rápida durante os seis primeiros meses, e há uma evolução significativa, porém mais lenta, nos dois anos seguintes. (Sohlberg & Mateer, 2008; **(McGilton et al 2009)**)

A pessoa em situação de AVC pode experimentar alterações aos níveis das funções motora, sensorial e cognitiva. As alterações cognitivas comuns associadas ao AVC da região da artéria cerebral média esquerda incluem a linguagem (afasia), apraxia oral e dificuldade na aprendizagem.

Linguagem

As alterações na linguagem decorrentes de lesão cerebrovascular adquirida necessitam de detecção precoce para que seja possível intervir de forma eficaz e mais rápida (Poslawsky et al, 2010). De facto, esta questão atinge contornos de maiores dimensões, tendo em conta que os cuidados de enfermagem (tomo como exemplo o meu contexto profissional) tendem a priorizar as intervenções que resolvam problemas relacionados com a incapacidade motora na pessoa em situação de AVC.

São vários os autores ao longo da história da Enfermagem que definem a comunicação como um dos pilares do cuidado. Comunicar é mais do que falar; engloba competências cognitivas, de linguística e pragmática.

“A competência pragmática é a capacidade de usar a linguagem apropriadamente em contextos sociais e situacionais e envolve [...] aspectos não linguísticos” [...] A competência cognitiva é necessária para que a comunicação possa ser relevante, precisa e evidencie um raciocínio claro”. (HOEMAN, 2011, pp. 526)

A linguagem diz respeito ao sistema de sinais simbólicos utilizados por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo (produção) e receptivo (compreensão). As alterações podem surgir em cada uma ou em ambas as áreas. (Hoeman, 2011; Sequeira, 2016)

A construção da linguagem contempla várias etapas e inicia-se na infância, onde apenas estão presentes aspectos fonológicos. A segunda etapa contempla aspectos semânticos com a compreensão auditiva da linguagem, apesar da comunicação oral ser segmentada e por isso pouco eficaz. Após desenvolver a semântica e, na última fase, a pessoa apreende a sintaxe, com a capacidade de aplicar regras gramaticais.

A linguagem apresenta-se diversos níveis, sendo estes envolvidos na intervenção.

- Linguagem automática: nível básico da produção linguística, respostas habituais como orações, respostas sociais, canções.
- Imitação (linguagem já ouvida anteriormente): pessoa ouve o que é dito, processa mensagens, produz respostas e avalia o contexto da transmissão.
- Linguagem simbólica: nível mais elevado: uso apropriado do tempo verbal, regras gramaticais e pluralidade. (Hoeman, 2011)

Afasia

Considera-se normal para um adulto o discurso com cerca de 160/180 palavras por minuto, não fluído com menos de 50 palavras por minuto e fluído com mais de 100 palavras por minuto.

Uma alteração na linguagem pode envolver a forma, o conteúdo ou a função. A afasia pode ser definida como a disfunção linguística expressa pela “perda ou a diminuição de uma capacidade previamente estabelecida de compreensão e/ou formulação de linguagem causada por danos cerebrais” (Hoeman, 2011, pp 527)

Cerca de 1/3 das pessoas com AVC têm afasia. ((McGilton et al 2009); Poslawsky et al, 2010) A afasia pode ocorrer conjuntamente com outras síndromes, podendo tornar difícil a sua distinção de outras alterações que envolvam a comunicação. O

diagnóstico diferencial preciso é urgente, uma vez que cada distúrbio requer intervenções específicas. (Lourenço e Mendes, 2008)

A rede linguística é complexa e envolve regiões distintas do cérebro, incluindo estruturas sub-corticais como os gânglios da base e o tálamo. Através dos avanços científicos e de investigação nas áreas da Neurologia e da Comunicação, reconhece-se que linguagem é uma das componentes da comunicação. A comunicação pode ser verbal e não verbal. Segundo a Escola de Palo Alto e a Teoria da Comunicação, “É impossível não comunicar” (1º axioma da comunicação), até porque todo o comportamento é uma forma de comunicação e “toda a comunicação tem dois aspectos: conteúdo e relação”.

Assim,

“a riqueza e complexidade da comunicação de uma pessoa existem por causa das contribuições tanto do hemisfério cerebral direito como do esquerdo [...] o hemisfério direito é dominante na organização da componente afectivo-prosódica da linguagem e do comportamento gestual, e o cerebelo pode coordenar sinais físicos através dos quais a comunicação não verbal ocorre.” (HOEMAN, 2011, pp. 530)

Contudo, a função da linguagem é, na maioria das vezes, associada ao hemisfério esquerdo, independentemente de a pessoa ser dextra ou esquerdina. Este facto deve-se à localização anatómica das estruturas envolvidas na linguagem: a área de Wernicke, o giro angular e a área de Broca. (Sohlberg & Mateer, 2008)

Pensa-se que o giro angular situado na junção temporo-parietal-occipital une a impressão visual de um objecto (transmitida pelo córtex visual primário e pelas áreas de associação visual dos lobos temporais posterior e occipital) à palavra falada, noticiada pelo córtex auditivo primário e pelas áreas de associação auditivas. Após a ligação inicial e do nome ser registado pelas áreas auditivas, é transmitido para a área de Wernicke para reconhecimento dos padrões de som e palavra. Isso estimula o giro angular, evocando uma memória visual do objecto observado. É na área de Broca que este processo adquire a componente verbal.

Tipos de afasia

Existem diversas nomenclaturas para os tipos de afasia, sendo a afasia fluente e a afasia não fluente as classificações mais consensual actualmente. É imprescindível

saber identificá-los, distingui-los e conhecê-lo (anexos II e III). Desta forma, destaco os tipos de afasia mais prevalentes:

- Afasia de Broca – área de Broca, lobo frontal inferior

A afasia de Broca, ou não fluente, reflecte a perda de sintaxe, ou seja, a pessoa apresenta um discurso pobre, curto, com presença de mutismo, estereótipo ou prosódia, levando por vezes ao recurso a mímicas e gestos para se expressar. Apesar da compreensão estar mantida, identifica-se a dificuldade em nomear ou repetir. A pessoa apresenta esforço visível na produção do discurso, ou seja, na expressão da linguagem.

- Afasia de Wernicke – área de Wernicke, junção do lobo parieto-temporal

A afasia de Wernicke, ou fluente, identifica-se pelas alterações semânticas na linguagem da pessoa. A sintaxe encontra-se mantida; o discurso é claro e entoadado, mas desprovido de sentido. A produção do mesmo está intacta e, nalguns casos, até aumentada. A pessoa tem dificuldade na compreensão do que lhe é dito, mas não apresenta esforço na produção do discurso. Relaciona-se com a compreensão da linguagem falada

- Afasia de condução – giro supramarginal

A afasia de condução envolve problemas de nomeação e repetição, encontrando-se a fluência e a compreensão intactas.

- Afasia Global

A afasia global relaciona-se com a incapacidade para compreender a linguagem oral e escrita, além da incapacidade de escrever. A pessoa não é fluente; a capacidade de repetir encontra-se diminuída.

- Afasia anómica - junção região temporal e parietal esquerdas

Na afasia anómica a fluência, compreensão e repetição do discurso encontram-se mantidas. A produção de linguagem é fluente. Contudo, a pessoa apresenta incapacidade de encontrar a palavra correcta no discurso oral e escrito, quando solicitada para atribuir nomes a objectos. Em algumas situações, os outros tipos de afasia evoluem para uma afasia anómica.

Quando a capacidade de comunicação está afectada, esta é facilmente identificada pelos outros com os quais interagimos e nos relacionamos. É aqui que surge a dualidade, uma “relação incontroversa entre o privado e o público: de um lado a mente, na sua perspectiva da primeira pessoa, e do outro o comportamento, na perspectiva da terceira pessoa” (Damásio, 2003, pp. 32)

A Afasia não afecta apenas a linguagem mas todos os aspectos da vida da pessoa, transformando-se em mais do que uma alteração cognitiva decorrente de uma lesão cerebrovascular. Começa pela despersonalização conferida ao indivíduo quando não consegue responder à simples questão “como se chama?”.

A pessoa que se vê privada de comunicar verbalmente encontra-se vulnerável. Pode sentir-se em desvantagem; na participação social, no desempenho de papéis, na satisfação das suas necessidades, na realização das suas AVD's. na sua funcionalidade, autonomia e independência.

A avaliação da afasia inclui o discurso espontâneo, a compreensão da linguagem verbal, a compreensão da linguagem escrita, a capacidade para nomear, a capacidade para repetir e capacidade para escrever (Marques-Vieira e Sousa, 2016). No entanto, a melhor avaliação dos processos da linguagem acontece em contexto informal, ou seja, no decorrer de uma conversa natural entre enfermeiro e pessoa. (Hoeman, 2011; Sequeira, 2016)

Fisiopatologicamente, a recuperação precoce da afasia deve-se à melhoria da anóxia, à diminuição do edema e pressão intracraniana. De forma geral, sabe-se que se recupera mais rápido a compreensão do que a expressão e que o treino da linguagem oral também melhora a escrita.

A pessoa em situação de afasia apresenta a vontade de comunicar presente, contudo, sente-se frequentemente frustrada pela incapacidade de produzir ou compreender um discurso de forma correcta, podendo levar à depressão e a sentimentos de revolta, frustração, vergonha, ansiedade e angústia (DGS, 2010).

3.3 - A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação

As intervenções de Enfermagem são concebidas para oferecer ao doente um ambiente terapêutico facilitador do cuidado e da comunicação. O cuidado promotor da satisfação das actividades de vida da pessoa em situação de afasia abarca consigo

um conjunto de factores, baseados na comunicação e interligados entre si, como a gestão do ambiente, o envolvimento familiar, gestão de energia e a promoção de sistemas de suporte.

O comprometimento do processo comunicacional conduz a alterações a nível pessoa e social; dificulta a integração familiar e a socialização e altera a qualidade de vida da pessoa e família (Menoita, 2012; Hilari, Needle & Harisson, 2012; McGilton et al 2009)

O facto de os enfermeiros pensarem que os défices da linguagem competem apenas à área de intervenção do terapeuta da fala faz com que estes sejam sub-diagnosticados. (McGilton et al 2009; Poslawsky et al, 2010). A avaliação pouco cuidadosa e pormenorizada da afasia (ou até mesmo inexistente) leva à incapacidade de individualizar as intervenções, despersonalizando os cuidados.

Segundo (McGilton et al 2009), o ambiente externo é um factor influenciador da comunicação, especialmente em contexto hospitalar. Quando a pessoa se encontra num ambiente que conhece (“ambiente familiar”), sente-se segura e tranquila e consegue comunicar sem dificuldade. O mesmo não acontece quando está hospitalizada: está vulnerável, num ambiente estranho e, por vezes, assustador, com pessoas desconhecidas, pelo que é importante o enfermeiro proporcionar um ambiente de privacidade para comunicar com a pessoa. (Salgueiro, 2014)

A proximidade e contacto informal enfermeira-doente proporcionam uma avaliação valiosa da pessoa em situação de afasia. “A melhor avaliação ocorre na observação dos doentes em situações naturais de comunicação a conversar com um parceiro, que pode ser a enfermeira.” (HOEMAN, 2011, pp 538)

Não é por acaso que os utentes e suas famílias identificam as interações e relação enfermeiro-cliente como indispensáveis ao cuidado do EEER na pessoa com afasia decorrente de lesão cerebrovascular adquirida (McGilton et al 2009). A comunicação centrada no cliente parece ser a estratégia mais eficaz a adoptar pelo EEER na promoção da funcionalidade da mesma, uma vez que uma postura distante e rotineira é percebida como impessoal por parte da pessoa.

No entanto, segundo Portillo (2011), a enfermagem de Reabilitação ainda parece desatenta do seu papel privilegiado junto destas pessoas sendo preciso:

“developing the nurses’ role in non-physical care because nurses spend more time with the patient and carer, establish close relationships and can determine holistic needs without planning specific sessions. Nurses, however,

do not seem to be actively involved in the rehabilitation programmes. There is limited published knowledge about professionals' perceptions of clients' needs and holistic care and there are very few rehabilitation programmes led by nurses"

O programa de reabilitação deve ter em consideração a avaliação do potencial cognitivo da pessoa; avaliar para reabilitar e avaliar para perceber em que medida as alterações cognitivas podem influenciar a reabilitação (Marques-Vieira e Sousa, 2016), nomeadamente as alterações da linguagem como a afasia. Na minha opinião, torna-se fácil identificar o impacto da problemática para a Enfermagem de Reabilitação uma vez que, o número de pessoas com lesão cerebrovascular adquirida é elevado e cria, inevitavelmente, a necessidade de reabilitação. Se a pessoa tem a comunicação comprometida por uma afasia, o objectivo do EEER será promover a participação da pessoa no seu processo de reabilitação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros no documento emanado pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (2015), existem áreas prioritárias e áreas emergentes para a investigação em Enfermagem de Reabilitação. De entre estas, importa salientar como pertinente para o tema como área prioritária - as intervenções autónomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva, onde se insere a linguagem e como área emergente - a dependência no autocuidado em contexto domiciliário

O cuidar não se restringe apenas à técnica de executar uma intervenção (automatismo) mas também à forma como é executada, expressa por atitudes e comportamentos, simbolicamente representada pela linguagem. Desta forma, e não desvalorizando as competências valiosas dos restantes profissionais, penso que a intervenção isolada do terapeuta da fala com pessoa com afasia torna-se insuficiente para o processo de reabilitação (Poslawsky et al, 2010).

Os terapeutas detêm conhecimentos específicos de técnicas e exercícios de motricidade facial e oral, vocalização, entre outros. Contudo e apesar do tempo dispendido, que muitas vezes não é diário, a pessoa necessita de continuar a desempenhar as suas actividades de vida pelo que nas restantes horas do dia cabe ao enfermeiro promover a funcionalidade e independência da pessoa com afasia.

O presente projecto visa prevenir o risco que advém da substituição da pessoa com afasia nas AVD's, quer por falta de tempo para estar e avaliar a pessoa, quer por desconhecimento dos enfermeiros. Neste sentido, é essencial identificar quais as

implicações da afasia na funcionalidade e realização das AVD's, tendo por base o processo de transição experienciado pela pessoa.

Daí a importância da intervenção conjunta, nomeadamente do terapeuta da fala e do enfermeiro de reabilitação, de forma a intensificar e proporcionar a qualidade e continuidade do tratamento.

Uma vez que o cuidar em enfermagem é sobretudo relacional, se esta dimensão não for valorizada podemos comprometer todo o processo de cuidar. Dos enfermeiros que participaram no estudo de investigação submetido ao tema “Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos” (Salgueiro, 2014), 70% identifica a comunicação como sendo de extrema importância na prestação de cuidados e 29% refere que era muito importante.

No que diz respeito à actualização de conhecimentos na área da comunicação foi considerada importante por 95% da amostra, pois permite melhorar a eficácia da comunicação e dos cuidados; desenvolver novas capacidades e técnicas de comunicação; eliminar dificuldades sentidas pelos enfermeiros; actuar de forma adequada e competente, visto a existência de elevado número de doentes com alterações da linguagem. (Salgueiro, 2014)

Apesar dos obstáculos à comunicação não conseguirem ser eliminados na totalidade, o EEER deve ser capaz de identificá-los e reduzi-los. Na verdade, ao desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à pessoa em situação de afasia e família, o EEER cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidado; capacita-as na suas deficiências, limitações da actividade e ou restrições da participação para a reinserção e exercício da cidadania e maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. (OE, 2010)

Na comunicação com doentes com afasia foram descritas algumas dificuldades por parte dos enfermeiros, de onde se destaca: a compreensão do doente; a validação da mensagem; a ansiedade do enfermeiro e a ansiedade do doente; a falta de tempo, de material e de espaço/privacidade; a implementação de intervenções na família; a identificação de estratégias adequada e a identificação da afasia, sendo todos estes aspectos abordados até então.

“Aproxime-se, fale devagar e com clareza [...] repita – parta do princípio de que eu não sei nada e comece do princípio, quantas vezes forem precisas [...] e por favor, não levante a voz – eu não sou surda, estou apenas fragilizada [...] não termine as

minhas frases por mim nem apresente as palavras de que eu não me consigo lembrar [...] proteja a minha energia. Nada de rádios e televisores barulhentos ou visitas nervosas. [...] utilize brinquedos didáticos e livros apropriados para crianças pequenas para me ensinar [...] ensine-me através de imitação [...] faça-me perguntas de escolha múltipla [...] e perguntas que exijam respostas específicas. Dê-me tempo para ir à procura da resposta. Confie nas capacidades de aprendizagem do meu cérebro” (Taylor, 2008, pp 196-198)

Avaliação da pessoa em situação de afasia pelo EEER

A avaliação da pessoa em situação de afasia deve ocorrer de duas formas: formal e informal. O contacto privilegiado do enfermeiro de reabilitação durante o processo de transição da pessoa pode ser facilitador desta avaliação.

De forma Informal porque “É mais fácil lidar com a linguagem em contexto do que com palavras ou frases isoladas da experiência imediata. Os enfermeiros têm um ampla oportunidade para fornecer a troca de linguagem em contexto” (Hoeman, 2011, pp 544). Por outro lado, e no caso específico deste projecto recorrendo a instrumentos e escalas disponíveis nos serviços onde decorrerão os estágios, bem como a BAAL (Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa, validada para a população portuguesa), adaptada aos contextos e a MIF/MAF (comunicação – compreensão/expressão).

Numa primeira etapa é necessário avaliar vários aspectos que poderão influenciar o processo de comunicação: estado neurológico, idioma falado e os factores culturais do individuo, a literacia da pessoa, capacidades cognitivas e motoras, capacidades auditivas e visuais e tipo de afasia (Salgueiro, 2014)

Em suma, é imprescindível conhecer a história de vida da pessoa de forma a escolher as estratégias de intervenção mais adequadas.

Estratégias de promoção da linguagem - Intervenções do EEER

A Neurociência e a própria observação do comportamento humano não deixa dúvidas de que o cérebro pode ser modificado pela experiência. A noção de neuroplasticidade – a capacidade do cérebro mudar e alterar a sua estrutura e sua

função – tem vindo a ganhar destaque na área da neuropsicologia e pode subsidiar de forma pertinente os cuidados do EEER.

O conhecimento prático das várias alterações da linguagem ajuda os enfermeiros de reabilitação a reconhecer e avaliar a situação de afasia vivida pelos seus utentes. Este conhecimento é importante para o planeamento de intervenções terapêuticas e facilitação da transição e do *coping* da pessoa e família. (Hoeman, 2011)

O processo de reabilitação da pessoa em situação de afasia contempla algumas intervenções definidas pela Ordem dos Enfermeiros:

- Avaliar capacidade para comunicar
- Incentivar pessoa a comunicar
- Executar técnica de treino do discurso
- Providenciar dispositivo auxiliar como os Sistema de comunicação aumentativa e complementar (por objetivos, imagens, escrita, tecnologia
- Providenciar material educativo
- Adaptar estratégias de comunicação não verbal

(OE, 2015)

As estratégias facilitadoras da comunicação não se esgotam nos exercícios de treino de linguagem. Podem ser do âmbito geral:

- Uso tópicos de comunicação espontâneos que sejam do interesse da pessoa ou de importância imediata para o mesmo;
- Comunicações pequenas;
- Comunicação adiada se a pessoa estiver cansada ou aborrecida;
- Espera paciente pela resposta.

Ou podem ainda tomar a forma de intervenções dirigidas à pessoa com o tipo de afasia já diagnosticada (mais prevalentes):

Afasia não fluente ou de Broca:

- dar tempo para o doente falar primeiro e não interromper;
- incentivar o discurso automático, como canções ou orações;
- encorajar tentativas de verbalização e não apenas recurso a mímica;
- falar automático (enquanto a enfermeira leva a cabo uma actividade);

- falar paralelo (descrever a actividade que a pessoa está a desempenhar com a enfermeira);
- permitir erros; focar no potencial;
- usar frases curtas e palavras soltas;
- acompanhar com comunicação não verbal.

Afasia fluente ou de Wernicke:

- proporcionar ambiente sem distrações e ruídos (rádio, televisão, visitas);
- não elevar a voz;
- usar frases simples e directas;
- reforçar positivamente; focar no potencial;
- acompanhar com comunicação não verbal.

O EEER ao avaliar “a capacidade funcional da pessoa para realizar as Actividades de Vida Diárias (AVD’s) de forma independente” deve identificar os “factores facilitadores e inibidores para a sua realização” no contexto de vida da pessoa, discute “as alterações da função a nível motor, sensorial, cognitivo, cardio-respiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade com a pessoa/cuidador” e “ quais as estratégias a implementar, os resultados esperados e as metas a atingir de forma a promover a autonomia e a qualidade de vida” (OE, 2010a)

Acrescenta-se que é urgente que a enfermagem de reabilitação, considerando as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a), desenvolva e colabore em estudos de investigação que dêem resposta às necessidades de comunicação da pessoa.

3.4 Modelo Conceptual Teórico de Enfermagem de Afaf Meleis – (anexo I e apêndice V)

Abordar as questões da linguagem, nomeadamente a afasia na pessoa com lesão cerebrovascular adquirida exige considerar o processo de transição que esta vivencia. Meleis et al. (2000) defendem que qualquer mudança no estado de saúde da pessoa pode provocar alterações no seu bem-estar e conduzir a um processo de

transição Do ponto de vista conceptual, a Teoria das Transições de Afaf Meleis considera os seguintes conceitos:

- Tipos de transição

Saúde doença: passagem de um estado saudável para uma situação de doença aguda ou crónica

Situacional/organizacional: alteração de papéis familiares, sociais ou profissionais ou do próprio contexto organizacional

Desenvolvimento: relação com o ciclo de vida

Os tipos de transição podem ser única ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas, relacionadas ou não relacionadas. A pessoa em situação de afasia por lesão cerebrovascular adquirida experiencia de forma subjectiva múltiplas transições, uma vez que vê o seu papel social, profissional e familiar alterado, bem como a sua própria condição de saúde.

A tomada de consciência favorece um processo de transição saudável, pois o desconhecido conduz a medos e o conhecimento da nova situação traz consigo a segurança e aceitação. O nível de consciência influencia o nível de compromisso e reflecte-se no envolvimento da pessoa no processo de transição. (Meleis et al. 2000)

- Factores inibidores e facilitadores

Significado atribuído à transição

Preparação e o conhecimento: educação e preparação e experiências prévias

Crenças e atitude

Condição Socioeconómica: relacionada com a acessibilidade a serviços de saúde

Os factores inibidores e facilitadores têm influência directa da sociedade e comunidade (observável em ambos os estágios). O EEER promove a aquisição de novos conhecimento e habilidades através da sua intervenção com a pessoa em situação de afasia e sua família, partindo da avaliação da mesma, definindo um plano de intervenção conjunto e identificando estratégias de *coping*. O EEER actua no sentido de reintegrar a pessoa na sociedade, preferencialmente num ambiente adaptado à sua nova condição.

- Indicadores de processo

Sentir-se ligado/interacção: com os profissionais, pares (terapias de grupo) ou outras pessoas

Confiança e Coping: estratégias de gestão de situações difíceis

Os indicadores de processo avaliam a eficácia das intervenções de Enfermagem. Estas tornam-se mensuráveis pelos outcomes: Mestria e Reformulação da identidade

Considera-se que a pessoa revela domínio sobre o seu processo de transição quando consegue estabelecer uma relação enfermeiro-pessoa em situação de afasia, delinear estratégias de *coping*, participar no programa de reabilitação e tornar-se funcional na comunidade.

Na verdade as transições são o resultado de uma mudança e resultam sempre numa mudança. (Meleis et al. 2000) Os enfermeiros são frequentemente os primeiros cuidadores de utentes e suas famílias que estão a vivenciar um processo de transição. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação visam a transição saudável da pessoa em situação de afasia e sua família.

3.3 Plano de trabalho e Métodos

O presente projecto tem como objectivos gerais:

- Desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista;
- Desenvolver competências do EEER no cuidado à pessoa com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica
- Desenvolver competências do EEER promotoras da transição da pessoa com afasia por lesão cerebrovascular adquirida

Quanto aos objectivos específicos, estes inserem-se no planeamento das actividades disponível no (apêndice VI), bem como os resultados esperados.

A delimitação temporal deste planeamento encontra-se no cronograma (apêndice VII).

Fundamentação da escolha dos locais de estágio

Tendo em conta a temática do projecto, abordada à luz da Teoria das Transições e a continuidade dos cuidados indispensável a um programa de

Reabilitação do qual faz parte integrante o EEER, faz-me sentido a realização dos estágios em contexto hospitalar e comunitário. Os locais de estágio foram apresentados pela ESEL.

Segundo a população-alvo deste projecto, pessoas em situação de afasia por lesão cerebrovascular, penso ser pertinente o Serviço de Neurologia, onde as lesões cerebrovascular como o AVC isquémico e hemorrágico são as mais frequentes. Apesar de não estar a ser desenvolvido até ao momento nenhum programa na área da comunicação e alterações da linguagem, é considerada uma área prioritária para a intervenção (pelo menos metade dos utentes encontra-se em situação de afasia, segundo entrevista).

A ECCI foi o local escolhido pela proximidade geográfica. No entanto será uma mais valia para o desenvolvimento deste projecto uma vez que a lesão cerebrovascular também é uma patologia major destes utentes.

Acresce-se o facto de ambos os locais de estágio terem EEER, constituírem uma realidade diferente do meu contexto actual de cuidados e possuírem uma diversidade de situações passíveis de desenvolver as restantes competências do Enfermeiro Especialista.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tudo possui um valor de mensagem e nesse sentido a comunicação acontece em todas as situações e não apenas quando é intencional, consciente ou bem sucedida

É através da comunicação que as relações são estabelecidas, se gerem emoções e expectativas e melhora a qualidade dos cuidados. O EEER deve ver aqui uma oportunidade de desenvolver competências comunicacionais que permitam cuidar da pessoa em situação de afasia que vivenciam o processo de transição.

No processo de reabilitação, o principal objectivo relaciona-se com a inclusão da pessoa na sociedade, revelando o processo adaptativo, desenvolvendo uma nova atitude nas actividades de vida, com um equilíbrio entre as suas potencialidades e as suas alterações. (Sousa, 2016)

De facto, este projecto visa compreender os cuidados do EEER que vão para além da reabilitação exclusiva da afasia através de exercícios, mas como a pessoa em processo de transição gere as implicações que as alterações da linguagem lhe

trazem e desempenha as suas AVD's, tornando-se funcional na sua família e sociedade.

No entanto, como entrave à realização deste projecto, verifica-se a escassez de investigação sobre o tema dentro da disciplina de Enfermagem, nomeadamente de Enfermagem de Reabilitação, deixando transparecer a ideia que esta é desvalorizada pelos EEER.

PLANEAMENTO DE ACTIVIDADES

Objectivo	1. Integrar as equipas multidisciplinares dos serviços, identificando as intervenções de cada elemento, nomeadamente do EEER			
Competências	Actividades/estratégias	Recursos	Indicadores	Critérios
<p>C1. Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>D 1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p>	<p>Apresentação à equipa multidisciplinar</p> <p>Observação das rotinas diárias e identificação das intervenções desenvolvidas pela equipa, nomeadamente pelo EERE, promotoras da transição da pessoa com afasia por LCA</p> <p>Conhecimento da dinâmica e organização do serviço</p> <p>Consulta de manuais, protocolos, normas, regulamentos e instrumentos de registo (Enf. Reabilitação e alta)</p> <p>Apresentação do projecto de formação à equipa de enfermagem/multidisciplinar</p> <p>Concepção de planos de cuidados (Reabilitação) com envolvimento de todos os profissionais da equipa</p> <p>Participação na passagem de turno da equipa de enfermagem e nas reuniões formais e informais da equipa multidisciplinar</p>	<p>Humanos: Equipa multidisciplinar</p> <p>Materiais: Documentos do serviço: manuais, protocolos, normas, regulamentos e instrumentos de registo</p> <p>Físicos: Serviço de Neurologia, e ECCI</p> <p>Temporais: Todas as semanas de estágio</p>	<p>Ter participado na passagem de turno de enfermagem e nas reuniões formais e informais da equipa multidisciplinar</p> <p>Ter apresentado o projecto de formação às enfermeiras orientadoras do ensino clínico e à restante equipa de enfermagem</p> <p>Ter consultado os manuais, protocolos, normas, regulamentos e instrumentos de registo do serviço</p> <p>Ter identificado as intervenções do EEER na equipa multidisciplinar, promotoras da transição da pessoa com afasia</p> <p>Saber identificar os recursos humanos, físicos e materiais do Serviço envolvidos na prestação de cuidados de Enfermagem, nomeadamente no processo de alta e transição da pessoa com afasia</p> <p>Ter envolvido a equipa multidisciplinar na elaboração de planos de cuidados</p>	<p>De que modo as actividades planeadas possibilitam:</p> <p>A integração na dinâmica e organização da equipa multidisciplinar</p> <p>A identificação das intervenções de cada elemento da equipa multidisciplinar</p> <p>A identificação das intervenções do EEER na equipa multidisciplinar</p>

Objectivo	2. Aprofundar conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação que sustentem uma prática baseada na evidência à pessoa com afasia e suas necessidades globais			
Competências	Actividades/estratégias	Recursos	Indicadores	Critérios
<p>B 1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B1.1. Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade</p> <p>B 1.2 Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática</p> <p>B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>D2. Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>D 2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p> <p>D 2.2. Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade</p>	<p>Mobilização de conhecimento adquiridos durante as Unidades Curriculares do 1º ano CMEER</p> <p>Identificação das necessidades formativas individuais e da equipa de Enfermagem, conjuntamente com o orientador clínico</p> <p>Pesquisa bibliográfica em bases de dados e bibliotecas, relacionada com o tema pessoa com afasia e processo de transição – fichas de leitura</p> <p>Participação em formações/acções de formação pertinentes para a concretização do estágio (comunicação)</p> <p>Elaboração de uma sessão formativa para a equipa de Enfermagem (?), acerca da temática a transição da pessoa com afasia</p>	<p>Humanos: Equipa multidisciplinar, Pessoa e família, Prof. Orientador</p> <p>Materiais: Bases de dados informáticas (artigos, teses), (livros, periódicos), apontamentos Unidades Curriculares</p> <p>Físicos: Serviço de Neurologia, e ECCI , bibliotecas</p> <p>Temporais: Todas as semanas de estágios</p>	<p>Ter consultado bibliografia pertinente para o tema pessoa com afasia e família</p> <p>Ter identificado necessidades formativas individuais e da equipa, mobilizando conhecimentos para as colmatar</p> <p>Ter desenvolvido conhecimentos teóricos em comunicação com a pessoa com afasia e família – fichas de leitura</p> <p>Ter participado em pelo menos uma formação subjacente à temática da comunicação</p> <p>Ter elaborado e aplicado uma sessão formativa para a equipa de enfermagem com a temática – transição da pessoa com afasia</p>	<p>De que modo as actividades planeadas possibilitam:</p> <p>O aprofundamento de conhecimentos de Enfermagem de Reabilitação, nomeadamente no cuidado à pessoa com afasia e família</p> <p>A elaboração de fichas de leitura relacionadas com a temática da comunicação</p> <p>A elaboração de uma sessão formativa para a equipa – transição da pessoa com afasia</p> <p>A participação em pelo menos uma formação subjacente à temática da comunicação</p>

Objectivo	3. Analisar as implicações da afasia na comunicação e funcionalidade da pessoa em processo de transição			
Competências	Actividades/estratégias	Recursos	Indicadores	Critérios
<p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>B 2.2. Planeia programas de melhoria contínua</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>A1.1.4 — Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa.</p>	<p>Identificação das dificuldades comunicacionais sentidas pela pessoa com afasia na satisfação das suas necessidades humanas, principalmente no regresso a casa de um internamento</p> <p>Identificação de estratégias desenvolvidas pela pessoa com afasia que facilitem o processo de comunicação</p> <p>Caracterização da (s) transição (ões) vivenciada (s) pela pessoa com afasia e família</p> <p>Identificação de factores pessoais e sociais, facilitadores e inibidores do processo de transição, nos vários contextos de vida da pessoa</p> <p>Identificação de estratégias desenvolvidas pela pessoa com afasia que facilitem o processo de transição</p> <p>Identificação de barreiras arquitectónicas, no contexto de vida da pessoa, influenciadoras da satisfação das necessidades humanas</p>	<p>Humanos: Equipa multidisciplinar, pessoa e família</p> <p>Materiais: Teoria das Transições. Instrumentos utilizados/disponíveis no serviço, CDE, Regulamento das Competências comuns e específicas do EE</p> <p>Físicos: Serviço de Neurologia, e ECCI , bibliotecas</p> <p>Temporais: Todas as semanas de estágio</p>	<p>Ter identificado as dificuldades comunicacionais sentidas pela pessoa com afasia na satisfação das suas necessidades humanas, bem como as estratégias facilitadores da comunicação</p> <p>Ter caracterizado o tipo de transição vivida pela pessoa com afasia e família</p> <p>Ter Identificado factores inibidores e facilitadores do processo de transição</p> <p>Ter identificado estratégias de adaptação à transição vivida</p> <p>Ter identificado barreiras arquitectónicas influenciadoras da satisfação das necessidades humanas da pessoa com afasia</p> <p>Ter realizado avaliação da afasia (Escala) 1 X semana</p>	<p>De que modo as actividades planeadas possibilitam:</p> <p>A análise da forma como a pessoa vive a alteração da comunicação</p> <p>A identificação das principais dificuldades comunicacionais sentidas pelas pessoa no regresso a casa</p> <p>O diagnóstico do tipo de afasia e implicações na realização das AVD's</p> <p>A identificação de estratégias desenvolvidas pela pessoa com afasia e família facilitadoras do processo de transição</p> <p>A reavaliação da pessoa com afasia 1 X semana através da escala</p>

Objectivo	4. Compreender as intervenções do EEER promotoras da comunicação perante a pessoa com afasia e sua família em processo de transição			
Competências	Actividades/estratégias	Recursos	Indicadores	Critérios
<p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>B 2.1. Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado</p> <p>C 1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p> <p>D.2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p>	<p>Observação da intervenção dos EEER promotora da transição da pessoa</p> <p>Identificação das intervenções do EEER promotoras da transição da pessoa (Ex. planeamento da alta)</p> <p>Avaliação das intervenções implementadas à pessoa com afasia e família em processo de transição (<i>outcomes</i>)</p> <p>Estabelecimento de uma relação de confiança enfermeiro-pessoa com afasia</p> <p>Identificação de programas de intervenção e Enfermagem de Reabilitação na comunicação da pessoa com afasia</p> <p>Identificação estratégias/instrumentos comunicacionais utilizadas pelo EEER com a pessoa com afasia</p> <p>Avaliação das estratégias de <i>coping</i> utilizadas pela pessoa após intervenção do EEER</p>	<p>Humanos: Equipa multidisciplinar, pessoa e família</p> <p>Materiais: Instrumentos do serviço, avaliação e registo; materiais/produtos de apoio existentes; Planeamento da alta</p> <p>Físicos: Serviço de Neurologia, e ECCI</p> <p>Temporais: Todas as semanas de estágio</p>	<p>Ter identificado as intervenções do EEER que promovem a transição da pessoa com afasia</p> <p>Ter identificado o instrumento utilizado no planeamento da alta, bem como a sua eficácia no processo de transição</p> <p>Ter avaliado os <i>outcomes</i> das intervenções do EEER</p> <p>Ter estabelecido uma relação de confiança enfermeiro - pessoa, manifestada pelos indicadores de processo (Meleis)</p> <p>Ter identificado os programas de reabilitação existentes na área da comunicação</p>	<p>De que modo as actividades planeadas possibilitam:</p> <p>A identificação das intervenções do EEER promotoras da transição da pessoa com afasia</p> <p>A avaliação dos <i>outcomes</i> da intervenção do EEER no processo de transição da pessoa com afasia</p> <p>O estabelecimento relação de confiança, manifestada pelos indicadores de processo (Meleis)</p> <p>A identificação de programas de Enf. Reabilitação existentes na área da comunicação da pessoa com afasia</p> <p>A identificação de estratégias comunicacionais utilizadas pelo EEER com a pessoa com afasia</p>

Objectivo	5. Prestar cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais nomeadamente à pessoa em situação de afasia, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática clínica, mobilizando o processo de enfermagem e a Teoria das Transições			
Competências	Actividades/estratégias	Recursos	Indicadores	Critérios
<p>J1 – Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados</p> <p>J2 – Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação p/ reinserção e exercício da cidadania</p> <p>J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</p> <p>B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico/seguro</p> <p>C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional</p> <p>C 2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados</p> <p>D.2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p>	<p>Realização de colheita de dados junto da pessoa e família (entrevista), processo clínico e restantes elementos da equipa multidisciplinar</p> <p>Avaliação da pessoa com afasia, utilizando os instrumentos disponíveis no serviço</p> <p>Identificação de problemas de enfermagem/formulação de diagnóstico de enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais</p> <p>Planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação promotoras da adaptação da pessoa ao processo de transição</p> <p>Implementação de intervenções de Enfermagem de Reabilitação à pessoa com necessidades especiais, nomeadamente à pessoa com afasia e família</p> <p>Seleção dos produtos de apoio adaptados às necessidades da pessoa</p> <p>Avaliação dos <i>outcomes</i> das intervenções do EEER</p>	<p>Humanos: Equipa multidisciplinar, pessoa e família</p> <p>Materiais: Teoria das Transições. Instrumentos utilizados/disponíveis no serviço: colheita de dados, MIF/MAF, Índice de Barthel, Escala de Braden, Escala de Morse, Escala avaliação da afasia (validação portuguesa), Avaliação Neurológica/Pares Cranianos, avaliação funcional</p> <p>Físicos: Serviço de Neurologia, e ECCI</p> <p>Temporais: Todas as semanas de estágio</p>	<p>Ter realizado a colheita de dados junto da pessoa e família, processo clínico e restantes elementos da equipa multidisciplinar</p> <p>Ter utilizado os instrumentos disponíveis no serviço para avaliar a pessoa com afasia</p> <p>Ter utilizado o instrumento de avaliação – Teoria das Transições</p> <p>Ter identificado problemas de enfermagem na pessoa com necessidade especiais</p> <p>Ter planeado intervenções de Enfermagem de Reabilitação que promovam estratégias de adaptação da pessoa ao processo de transição</p> <p>Ter implementado um programa de reabilitação à pessoa com necessidades especiais, com ênfase na pessoa com afasia e sua família</p> <p>Ter seleccionado os produtos de apoio conjuntamente com a pessoa que dêem resposta às suas necessidades</p> <p>Ter elaborado registo de enfermagem de Reabilitação que contemplem a avaliação das intervenções</p>	<p>De que modo as actividades planeadas possibilitam:</p> <p>A realização de colheita de dados, incluindo técnica da entrevista, visando conhecer a pessoa</p> <p>A realização de planos de cuidados centrados na pessoa, nomeadamente na pessoa com afasia e família, tendo em conta o processo de enfermagem e a teoria das transições</p> <p>A implementação de programas de Reabilitação individualizados, conjuntamente com a pessoa e equipa multidisciplinar</p> <p>O registo das intervenções realizadas e garante a continuidade dos cuidados</p>

Objectivo	6. Analisar o processo de aprendizagem/prática profissional mediante a tomada de decisão ética, baseada em princípios, valores, normas deontológicas e competências do Enfermeiro Especialista			
Competências	Actividades/estratégias	Recursos	Indicadores	Critérios
<p>A1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</p> <p>A 1.1. Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada</p> <p>A 1.2. Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas</p> <p>A 1.3. Lidera de forma efectiva os processos de tomada de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade</p> <p>A 1.4. Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão</p> <p>A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as</p> <p>B 2.2. Planeia programas de melhoria contínua</p> <p>Responsabilidades profissionais.</p> <p>D 1. Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.</p> <p>J1.4 Avalia os resultados das intervenções implementadas</p> <p>D 2.1 Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade</p>	<p>Observação das estratégias desenvolvidas pela equipa multidisciplinar na promoção da transição eficaz da pessoa com afasia</p> <p>Reflexão sobre a prática de cuidados, através da realização de jornais de aprendizagem (1 por semana)</p> <p>Participação nas tomadas de decisão em equipa e com a pessoa</p> <p>Avaliação dos <i>outcomes</i> das intervenções do EEER</p>	<p>Humanos:</p> <p>Equipa multidisciplinar, pessoa e família, enfermeiro e prof. orientadores</p> <p>Materiais:</p> <p>CDE, Regulamento das Competências comuns e específicas do EE, REPE,</p> <p>Físicos:</p> <p>Serviço de Neurologia, e ECCI</p> <p>Temporais:</p> <p>Todas as semanas de estágio</p>	<p>Ter mantido princípios éticos no decorrer da prática</p> <p>Ter aplicado o raciocínio clínico, baseado nos princípios éticos e Deontológicas e na melhor evidência científica</p> <p>Ter produzindo jornais de aprendizagem</p> <p>Ter agido de acordo com princípios éticos e deontológicos, respeitando a pessoa, nos seus interesses, valores, crenças entendendo-a como co-responsável no plano de cuidados</p> <p>Ter participado nos processos de tomada de decisão em equipa</p>	<p>De que modo as actividades planeadas possibilitam:</p> <p>A realização de 1 jornal de aprendizagem por cada semana de estágio</p> <p>A participa em decisões relativas ao processo de cuidados de forma assertiva, suportadas em princípios, valores, normas deontológicas e evidência científica.</p> <p>A avaliação dos <i>outcomes</i> das intervenções do EEER</p>

APÊNDICE II – Planos de Cuidados

PROCESSO DE ENFERMAGEM

A elaboração deste plano de cuidados realiza-se com base na plataforma informática *SCLínic*, nos documentos disponíveis na ECCI (apesar de não serem utilizados em processo físico) e dos recursos identificados no planeamento de actividades como essenciais à avaliação da pessoa, identificação de problemas e formulação de diagnósticos de Enfermagem, planeamento de intervenções de Enfermagem de Reabilitação e intervenção conjunta com a pessoa e cuidador.

1. Colheita de dados

Identificação da pessoa

Nome: Senhora BNCL

Idade: 86 A

Etnia: caucasiana

Naturalidade: Figueiró dos Vinhos

Residência: concelho de Loures (zona rural de Bucelas)

Profissão: costureira reformada há cerca de 20 anos (armazém da Baixa de Lisboa)

Estado civil: Casada

Condições de habitação e acessibilidade: casa com dois pisos; quartos, sala e casa de banho situam-se no piso superior, o qual é acessível por escadas ou por piso plano. Existe um degrau na cozinha, carpetes e tapetes na sala e no quarto.

Habilitações literárias:

Agregado familiar: reside com esposo, filha e duas netas

Hobbies: costura, ler, passatempos como palavras cruzadas e sopa de letras, pintura.

Prestador de Cuidados: filha T

História de situação familiar/social (ver Genograma)

A Sr^a BNCL era previamente independente na realização das suas actividades de vida diárias, cuidadora do marido com o qual reside (tem história de demência e desloca-se de andarilho). A sua filha encontra-se desempregada e viúva (cerca de 15 dias antes da queda) e é a sua cuidadora principal. Reside com a mesma e com as netas gémeas (uma delas encontra-se grávida).

História de situação de doença actual

A Sr^a BNCL tem história de múltiplas quedas no domicílio (segundo a própria) por desequilíbrio. No dia 20 Setembro de 2017 apresenta queda da própria altura na sua cozinha (tem um degrau), presenciada pela filha, da qual resulta fractura intertrocantérica do fémur esquerdo. Foi encaminhada ao Serviço de Urgência por dor e impotência funcional no membro fraturado, sendo intervencionada no dia 21 Setembro 2017 (cirurgia com encavilhamento cefalo-medular estático). Teve um período de hospitalização de 14 dias. Regressa ao domicílio com indicação médica para “realizar carga parcial no membro intervencionado”, pelo que iniciou levantar e treino de marcha com andador ainda no internamento.

Hábitos tabágicos: cessados aquando da fratura, cerca 3 ou 4 cigarros dia

Alergias: desconhecidas

Antecedentes pessoais: DPOC tabágica, hipotireoidismo, síndrome vertiginosa, HTA

Terapêutica habitual: Beta-histina 16 mg, Brisomax 50/250, Levotiroxina 0,1, Ticlopidina (suspendeu após queda), Enoxaparina 40mg (a partir 21/09), Cloridrato de tramadol 37,5 mg + Paracetamol 325 mg (a partir 21/09), Metamizol de Magnésio 575 mg (a partir de 06/10).

A terapêutica pode ser prescrita ou ajustada pelo médico da ECCI, consultas ou, preferencialmente, pelo médico de família.

Diagnóstico médico: fractura intertrocantérica do fémur esquerda a 20 Setembro 2017

Admissão na ECCI

Causa da admissão na ECCI: apoio/ensino a cuidadores, reabilitação

Entidade de referência: EGA do HBA

Consentimento informado assinado pela filha como pessoa de referência/responsável

2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação

Pele e mucosas: hidratadas, mas ligeiramente pálidas. Apresenta ainda hematoma no local da sutura cirúrgica, com agafos, mas sem sinais inflamatórios, bordos unidos

Risco de Úlcera por Pressão: *Escala de Braden*, Reavaliação semanal em cuidados domiciliários segundo a DGS (2011) 09/10/2017

Percepção sensorial	Nenhuma limitação	4
Humidade	Pele raramente húmida	4
Actividade	Anda ocasionalmente	3
Mobilidade	Ligeiramente limitada	3
Nutrição	Adequada	3
Forças de deslizamento e fricção	Problema potencial	2
Total e conclusão: baixo risco de UPP		19

Dor: Escala numérica, dor intensidade 7 no membro inferior esquerdo à mobilização e intensidade 4/5 em repouso. 09/10/2017

Edemas: apresenta edema no membro inferior esquerdo, mais acentuado no pé esquerdo (Godet +) e coxa esquerda.

Auscultação pulmonar:

09/10/2017		Direito	Esquerdo
Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído, Ausente)	1/3 superior	M	M
	1/3 médio	M	D
	1/3 inferior	D	D
Ruídos adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos pleurais)	1/3 superior	-	-
	1/3 médio	-	-
	1/3 inferior	-	-

Estado de consciência e orientação: Vígil, orientada (tempo, espaço e pessoa), participativa no processo de reabilitação, comunicativa. *Score 15 na Escala de Glasgow*.

Atenção e memória: memória não declarativa aparentemente mantida. Memória a longo prazo através da descrição de eventos da sua vida e dos filhos mantida; memória a curto prazo com alguns mas escassos lapsos, identificados através da descrição do dia anterior/dias (refeições, actividades, exercícios realizados no programa de reabilitação).

Linguagem: sem alterações, discurso espontâneo, fluido e coerente. Compreensão, leitura e escrita mantidas.

Negligência: sem alterações

Pares cranianos	Avaliação da Sr ^a BNCL		
	09/10/2017	30/10/2017	
I – Olfativo	M	M	
II – Óptico	M	M	
III – Oculomotor	M	M	

IV – Patético	M	M	
V – Trigêmeo	M	M	
VI – Motor Ocular Externo	M	M	
VII – Facial	M	M	
VIII – Acústico	A	A	
IX - Glossofaríngeo	M	M	
X – Vago	M	M	
XI – Espinhal	M	M	
XII – Grande hipoglosso	M	M	
Legenda: M – mantido, A- Alterado			

Sensibilidade:

Superficial: sem alterações às diferentes temperaturas, estímulo doloroso e toque.

Profunda: sem alterações às diferentes pressões

Motricidade: avaliação da força muscular segundo a *Escala Medical Research of Council*

Segmentos		Movimentos	Avaliação da força muscular					
			01/12/2017		28/12/2017			
Cabeça e pescoço		Flexão	5		5			
		Extensão	5		5			
		Flexão lateral esquerda	5		5			
		Flexão lateral direita	5		5			
		Rotação	5		5			
Lateralidade			ESQ	DTO	ESQ	DTO	ESQ	DTO
Membros superiores	Escapulo-umeral	Abdução	5	0	5	0		
		Adução	5	0	5	0		
		Flexão	5	0	5	0		
		Extensão	5	0	5	0		
		Rotação interna	5	0	5	0		
		Rotação externa	5	0	5	0		
		Circundação	5	0	5	0		
		Elevação	5	0	5	0		
		Depressão	5	0	5	0		
	Cotovelo	Extensão	5	1	5	2		
		Flexão	5	1	5	1		
	Antebraço	Supinação	5	0	5	2		
		Pronação	5	0	5	1		
	Punho	Desvio radial	5	0	5	0		
		Desvio Cubital	5	0	5	0		
		Circundação	5	0	5	0		
		Dorsiflexão	5	0	5	0		
	Dedos	Flexão	5	0	5	1		
		Extensão	5	0	5	1		
		Abdução	5	0	5	0		
		Adução	5	0	5	0		
		Oponência	5	0	5	0		
		Circundação	5	0	5	0		
Membros inferiores	Coxofemoral	Abdução	5	3	5	4		
		Adução	5	3	5	4		
		Flexão	5	3	5	4		
		Extensão	5	3	5	4		
		Rotação interna	5	-	5	-		
		Rotação externa	5	-	5	-		
		Circundação	5	-	5	-		
	Joelho	Flexão	5	3	5	4		
		Extensão	5	3	5	4		
	Tíbio Társica	Dorsiflexão	5	3	5	4		
		Inversão	5	3	5	4		
		Eversão	5	3	5	4		
	Dedos	Flexão	5	3	5	4		
		Extensão	5	3	5	4		
		Abdução	5	3	5	4		
		Adução	5	3	5	4		

Equilíbrio: *Escala de Equilíbrio de Berg.*

09/10/2017 Equilíbrio estático e dinâmico sentada mantidos; equilíbrio estático e dinâmico alterados em posição ortostática (apoiada em andarilho quando ortostatismo). Apresenta *Score* 22 na *Escala de Berg*.

Risco de queda: *Escala de Morse*, 09/10/2017

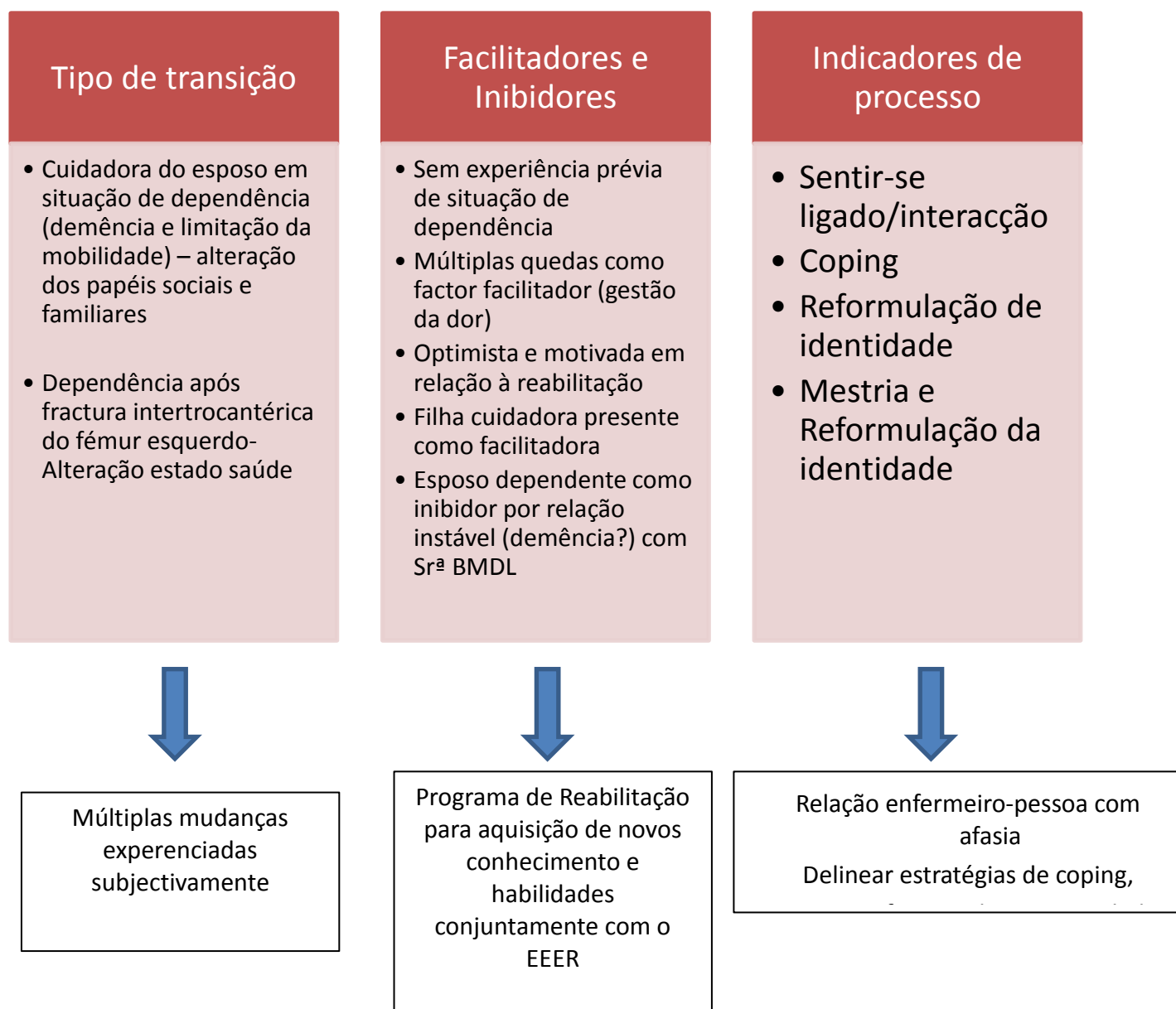
Antecedentes de queda	Sim	25
Diagnóstico Secundário	Sim	25
Apoio na deambulação	Auxiliar de marcha	15
Terapêutica como heparina	Sim	20
Tipo de marcha	Desequilíbrio fácil	10
Percepção	Consciente das suas limitações	0
Total e conclusão: elevado risco de queda		95

MIF – Medida de Independência Funcional (09/10/2017)

N Í V E I S	7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)		SEM AJUDA			
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)		COM AJUDA			
Avaliação	Atividades	09/10/17	30/10/17			
	Autocuidado					
A.	Alimentação	7	7			
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.	4	5			
C.	Banho: lavar o corpo	2	4			
D.	Vestir: metade superior do corpo	5	7			
E.	Vestir: metade inferior do corpo	3	6			
F.	Utilização da sanita	2	6			
	Controle dos esfíncteres					
G.	Vesical	3	6			
H.	Intestinal	3	6			
	Mobilidade					
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas	3	6			
J.	Transferências: sanitário	2	6			
K.	Transferências: banheira ou chuveiro	2	4			
	Locomoção					
L.	Marcha/Cadeira de rodas	M 3 CR 1	M 6 CR 1	M CR		
M.	Escadas	1	1			
	Comunicação					
N.	Compreensão	A 7 VI 6	A 7 VI 6	A VI		
O.	Expressão	V 7 NV 7	V 7 NV 7	V NV		
	Conhecimento Social					
P.	Interação Social	7	7			
Q.	Resolução de Problemas	6	6			
R.	Memória	5	5			
Total		86	115			

OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.
Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York).
Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.

Avaliação da transição segundo Afaf Meleis



Fonte: Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Karen, S. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), pp. 12 – 28 (adaptado)

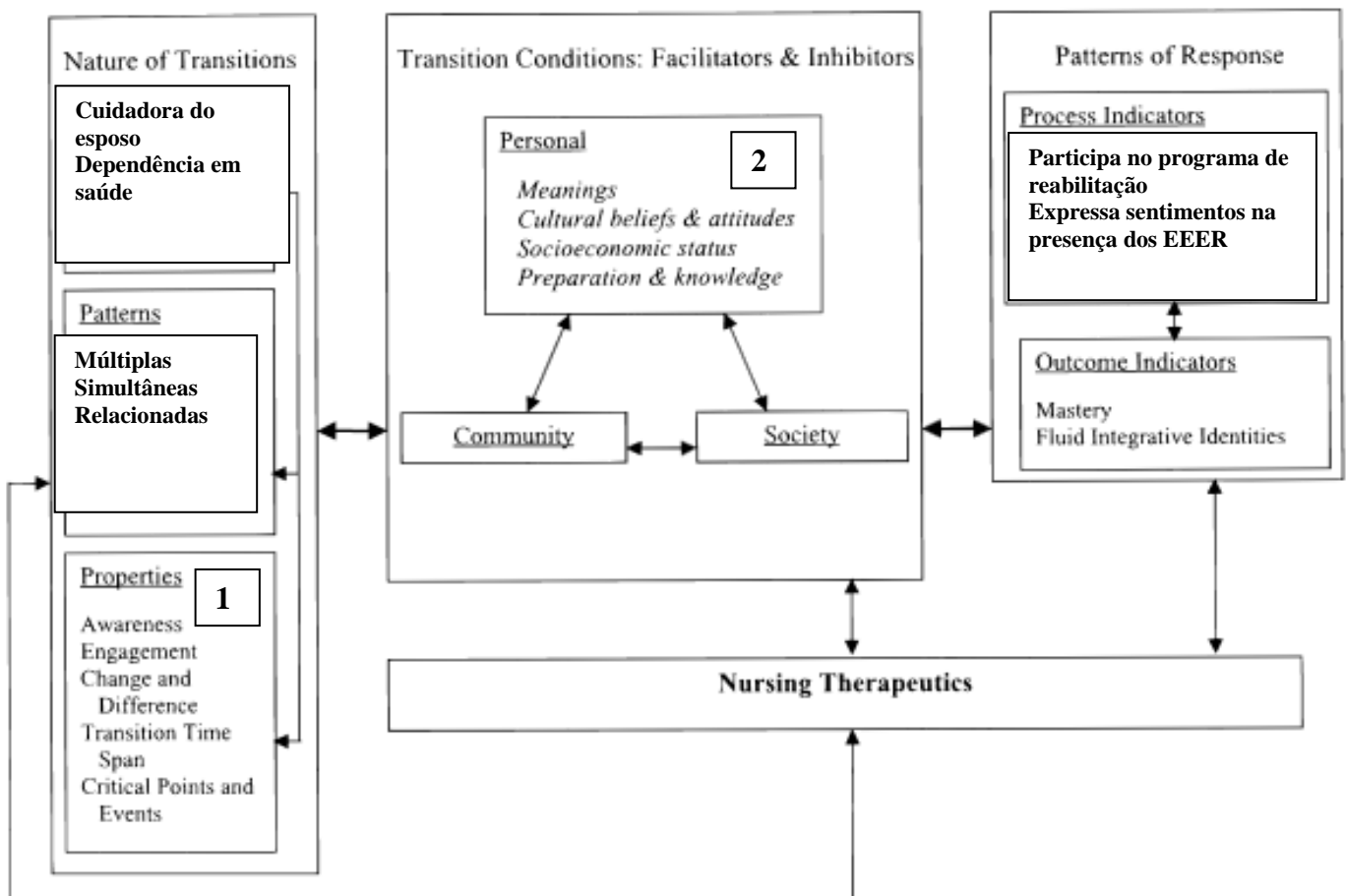


Fig 1. Transitions: a middle-range theory.

2. Facilitadores: Envolvimento da filha cuidadora. Motivação.

Inibidores: dor; depressão? Receio de não conseguir apoiar a filha (inversão de papéis?); situação de dependência do marido

1. A SRª BMDL encontra-se consciente dos limites conferidos pela fratura. Refere receio de não retomar as “capacidades prévias” (SIC). Refere tristeza por não conseguir apoiar a filha no período de luto.

Participa no seu processo de reabilitação, embora renitente aos cuidados por presença de dor? Depressão?

Necessita de ajuda total na satisfação do autocuidado: higiene, transferir-se, vestir/despir, andar.

Transição iniciada a 20/09/2017

Diagnóstico	Objectivo	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Risco de alteração do padrão respiratório	<p>Prevenir complicações respiratórias: estase secreções ou infecções respiratórias</p> <p>Promover o relaxamento e controlo da dor</p>	<p>Promover a consciencialização da respiração</p> <p>Promover o controlo e dissociação dos tempos respiratórios (inspiração pelo nariz “cheirar a flor”, expiração pela boca com lábios semi-cerrados “soprar a vela”)</p> <p>Realizar reeducação respiração abdomino-diafragmática</p> <p>Instruir para a reeducação costal global (posição de deitada com uso de bengala)</p> <p>16/70/2017 Acrescentam-se as intervenções: Supervisionar a administração de inaladores próprios Monitorizar SpO2</p> <p>18/10/2017 Acrescentam-se as intervenções: Informar sobre vacinação</p> <p>20/10/2017 Acrescentam-se as intervenções: Vacinar a Srª BMDL e o esposo (vacina da gripe)</p>
Intolerância à actividade física	Melhorar a tolerância ao esforço, nomeadamente à realização dos exercícios do programa de reabilitação	<p>Promover assistência da Srª T nos autocuidados banho e higiene pessoal e eliminação</p> <p>Vigiar sinais de intolerância ao esforço</p> <p>Gerir actividade física</p> <p>12/09/2017 Acrescentam-se as intervenções Planear actividade física com a Srª BMDL, através do acordo das da visita domiciliária (se se encontra sentada, no leito a descansar)</p> <p>Planear o repouso com a Srª BMDL durante os exercícios.</p>

Dependência no Autocuidado em:		
Cuidar da Higiene Pessoal	Potenciar o autocuidado da sua higiene de forma independente	<p>Informar sobre adaptações ao WC/banheira, nomeadamente cadeira giratória, tábua ou banco</p> <p>Informar sobre dispositivos de segurança (antiderrapante e barras de apoio)</p> <p>Treinar transferência para a banheira</p>
Alimentar-se	Potenciar o autocuidado da sua alimentação de forma independente	<p>Incentivar ingestão alimentar adequada</p> <p>16/10/2017 Acrescenta-se a intervenção</p> <p>Monitorizar peso</p>
Transferir-se	Capacitar a Sr ^a BMDL para a independência na realização de transferências	<p>Demonstrar técnica de transferência</p> <p>Ensinar técnica de entrar e sair do leito</p> <p>Treinar técnica de transferência de forma independente</p> <p>16/10/2017 Acrescenta-se a intervenção</p> <p>Treinar a técnica de transferência para o leito pelo lado da cama onde a Sr^a BMDL dorme (entra pelo lado fracturado)</p>
Vestir/Despir	Treinar a Sr ^a BMDL para o vestir/despir de forma independente, nomeadamente calçar os sapatos	<p>Avaliar técnica de calçar sapato através da observação</p> <p>Ensinar complicações de má técnica de calçar sapato</p> <p>Treinar técnica de calçar sapato com dispositivo de auxílio: calçadeira</p>
Posicionar-se	Capacitar para os posicionamentos correctos pós fractura	<p>Instruir sobre posicionamentos</p> <p>Treinar posicionamentos no leito, nomeadamente com almofada em decúbito lateral direito</p>
Uso do sanitário	Capacitar a Sr ^a BDML para o uso do sanitário de forma independente	<p>Instruir sobre uso de dispositivo auxiliar para sanitário como alteador de sanita</p> <p>Ensinar técnica de adaptação para o uso do sanitário, através da extensão do membro inferior esquerdo para sentar/levantar da sanita</p>

Andar comprometido	<p>Potenciar a capacidade para andar de forma independente</p> <p>Treinar adaptação ao auxiliar de marcha: andarilho</p>	<p>Avaliar o equilíbrio para andar através da escala de Berg</p> <p>Informar sobre adequação do vestuário, nomeadamente de calçado fechado</p> <p>Instruir sobre andar com andarilho</p> <p>Treinar a andar com andarilho</p> <p>Incentivar correcção postural do tronco no andar</p> <p>18/10/2017 Acrescenta-se a intervenção Treinar a andar com andarilho e calçado adequado (pantufas)</p> <p>23/10/2017 Treinar a andar com andarilho com passeio dos seus cães no terraço da casa</p>
Equilíbrio corporal Comprometido	Restabelecer equilíbrio corporal	<p>Avaliar equilíbrio corporal estático e dinâmico, sentado e em pé, através da escala de Berg</p> <p>Estimular a manter equilíbrio corporal</p> <p>Executar treino de equilíbrio através de correcção postural, exercício da ponte (leito), avião (em pé)</p>
Elevado Risco de queda	Prevenir reincidência de quedas	<p>Monitorizar risco de queda (Escala de <i>Morse</i>)</p> <p>Instruir sobre adequação do espaço físico bem como perigos (tapetes no quarto, sala)</p>
Movimento muscular diminuído	<p>Melhorar a força muscular nos segmentos corporais do membro inferior esquerdo e manter a força nos restantes segmentos</p> <p>Prevenir complicações decorrentes da mobilidade comprometida</p>	<p>Ensinar exercícios activos dos membros superiores e membro inferior direito</p> <p>Ensinar exercícios isométricos no leito e/ou em pé</p> <p>Executar exercícios muscular e articular activo-assistido no membro inferior esquerdo</p> <p>Assistir nos exercícios activos/resistidos dos membros inferiores</p>

Mobilidade comprometida	<p>Manter a participação social activa, nomeadamente no seio familiar</p> <p>Melhorar o equilíbrio corporal estático e dinâmico em ortostatismo</p>	<p>Executar exercícios muscular e articular activo-resistido no membro inferior esquerdo</p> <p>Treinar para a realização de técnicas de relaxamento da articulação escapulo-umeral</p> <p>Incentivar para a realização dos exercícios terapêuticos: automobilizações</p> <p>Monitorizar a força muscular (Escala de Medical Research Council)</p> <p>Instruir sobre exercício da ponte (deitada)</p>
Risco de perfusão dos tecidos alterada	Manter a perfusão tecidular no membro inferior esquerdo	<p>Ensinar sobre sinais e sintomas sugestivos de má perfusão tecidular (edema, coloração, dor)</p> <p>Prevenir edema do membro inferior esquerdo (fraturado), através de elevação do mesmo</p> <p>Aplicar crioterapia no local da fratura (anca esquerda)</p>
Ferida cirúrgica	Promover a cicatrização da ferida cirúrgica	<p>Vigiar sinais inflamatórios</p> <p>Vigiar hematoma na região da sutura operatória</p> <p>Refazer penso</p> <p>16/10/2017 Acrescentam-se as intervenções</p> <p>Retirar material cirúrgico (agrafos)</p> <p>Instruir a aplicar crioterapia no local da fratura (anca esquerda)</p> <p>20/10/2017</p> <p>Reforçar benefícios de aplicar crioterapia no local da fratura (anca esquerda)</p> <p>Instruir a aplicação de creme hidratante na região sa sutura operatória</p>
Dor presente	Promover alívio da dor no membro inferior esquerdo	<p>Instruir a Sr^a T para autocontrolo da dor através de medidas medicamentosas</p> <p>Instruir para autocontrolo da dor através de medidas não medicamentosas como posicionamentos, crioterapia, repouso</p> <p>12/10/2017 Acrescenta-se a intervenção</p> <p>Aliviar a dor através de medida medicamentosa/ajuste terapêutico (entrega de receita)</p>

Potencial para melhorar conhecimento do Prestador	<p>Optimizar o conhecimento da Srª T sobre estratégias de promoção do autocuidado da Srª BDML na: marcha, higiene, transferir-se, posicionar-se</p> <p>Optimizar o conhecimento da Srª T sobre técnica e cuidados na administração e reacções secundárias da Enoxaparina</p> <p>Prevenir ocorrência de stress da Srª T</p>	<p>Treinar a Srª T a assistir a Srª BDML a andar com andarilho</p> <p>Ensinar a Srª Teresa na transferência da Srª BDML para a banheira</p> <p>Supervisionar administração de Enoxaparina</p>
Processo de Luto Transição	<p>Capacitar a Srª BMDL para o processo de transição, através de estratégias de <i>coping</i></p>	<p>Gerir recursos disponíveis na ECCI</p> <p>Educar sobre estratégias de <i>coping</i></p> <p>Incentivar expressão de sentimentos</p> <p>Incentivar aos seus <i>hobbies</i>: ler, passatempos e costura</p> <p>Reforçar positivamente</p> <p>Promover interacção social, nomeadamente familiar</p>

Avaliações:

09/10/2017

Realiza cuidados de higiene no leito com ajuda da Srª T. Necessita da ajuda da Srª T para entrar e sair do leito. Realiza marcha com andariço com supervisão da filha, distância percorrida < 10 metros.

12/10/2017

Apresenta dor intensa (dor 7/8 à mobilização no leito, dor 4 em repouso), incapacitante de realizara totalidade dos exercícios do programa de reabilitação, pelo que se reajusta analgesia – inicia Metamizol de Magnésio PO. Solicita-se receita ao médico da ECCI para regularizar situação na farmácia - entregue receita à Srª T.

Monitorização de TA: 155/50 mmHg Monitorização de FC: 65 bpm SpO₂: 97% repouso

Apresenta movimentos activos no membro inferior esquerdo mas não vence a gravidade.

Explicada à Srª T e Srª BMDL a importância de usar sapatos fechados (encontra-se com uns chinelos que não são justos aos pés), por serem facilitadores do treino do andar com andariço.

Filha presente nas visitas domiciliárias, solicita informação e treino sobre actividades e exercícios a realizar com a mãe. A Srª BMDL refere que o seu principal objectivo é o de andar sem andariço.

16/10/2017

Reforço da importância da realização correcta da técnica da terapêutica inalatória bem como o cumprimento do horário. A Srª BMDL realiza técnica na nossa presença.

Retirado material cirúrgico sem intercorrências após contacto prévio via e-mail com o hospital de referência (data de consulta apenas em Novembro). Monitorizado peso: 44 Kg, a Srª BMDL refere manter apetite, mas perda de peso +/- 15 Kg nos últimos 2 anos.

Realiza as transferências de forma independente – refere dor 5 na realização das mesmas.

Mantém edema presente no local da sutura cirúrgica; reforço sobre aplicação de crioterapia.

Treino do uso da calçada. Aparente compreensão. Exemplificada técnica, a Srª BMDL realiza de forma correcta.

Relaxamento escapulo-umeral por má postura de tronco (elevação/depressão, rotação externa/interna, circundação) em frente ao espelho.

A Srª BMDL relata história familiar, nomeadamente situação de doença e óbito do genro.

18/10/2017

A Srª BMDL encontra-se sentada à chegada dos EEER e manifesta aborrecimento por ter de realizar exercícios no leito, pelo que se reforça treino de marcha com andarilho, com realização de exercícios isométricos em posição ortostática (promover equilíbrio corporal e movimento muscular) através da realização de: “bicos dos pés” em frente ao espelho que existe no quarto, flexão/extensão coxofemoral (“avião”), adução/abdução, flexão/extensão do joelho.

Dor mais controlada, pelo que foi possível aumentar a intensidade dos exercícios.

Apresenta movimentos activos que vencem a gravidade no membro inferior esquerdo, mas não vencem a resistência. Feito treino com a Srª BMDL para o andar com andarilho e mudar de direcção com passos firmes (arrasta o pé, fazendo rotação interna do joelho).

Realiza marcha com andarilho de forma independente, distância percorrida >10 metros, mas < 50 metros.

Realiza cuidados de higiene na banheira com uso de diapositivo (banco) com ajuda total da Srª T. Uso da calçadeira sem sucesso. Cruza o membro inferior fraturado sobre o membro inferior direito. Calçadeira encontra-se na mesa de cabeceira do esposo. Reforço de importância do uso e complicações decorrentes de cruzar a perna. (treino).

Verbaliza preocupação e tristeza com alteração de papéis pelo processo de transição que vivencia “Sou eu que cuido dele, por isso é que estou preocupada”, “E a minha T a precisar de ajuda agora e eu assim, ela é que tem de cuidar de mim”. Questionada (e a filha cuidadora Srª T) sobre a pertinência da visita da Psicóloga da ECCI que concordam e mostram-se disponíveis.

20/10/2017

Realizada visita conjunta com Psicóloga da ECCI; a Srª BMDL recusou apoio da Psicologia, no entanto, durante a intervenção com a utente, a Drª M. esteve em consulta com a filha Srª T, que apesar da verbalização inicial “não preciso” (SIC), acabou por apresentar boa recepção, labilidade emocional e expressão de sentimentos associadas.

Reforço de exercícios de relaxamento escapulo-umeral por manter má postura de tronco em repouso e no andar (elevação/depressão, rotação externa/interna, circundação).

23/10/2017

Realiza cuidados de higiene na banheira com uso de diapositivo (banco) com ajuda da Srª T para lavar/secar a metade inferior do corpo

Independente na marcha com andarilho com supervisão da filha, distância percorrida > 100 metros, no exterior da casa para passear os seus cães. Manifesta agrado.

Providenciado material educativo sobre transferências, exercícios e actividades de vida.

27/10

Nova visita/consulta com a Psicóloga.

Realiza as transferências de forma independente – refere dor 1 na realização das mesmas.

30/10/2017

Monitorizado peso: 45 Kg. Apresenta cansaço fácil, com pieira a esforços (+/- marcha 10 metros). Agendada visita domiciliária com médico da ECCI. Monitorização de TA: 136/51 mmHg Monitorização de FC: 65 bpm SpO₂: 98% repouso SpO₂: 95% após exercício

Calça sapato de forma independente e com técnica correcta com recurso à calçadeira por iniciativa própria. Avaliação da força muscular com ganhos significativos (ver *Escala Medical Reasearch Council*)

A Sr^a BMDL verbaliza “a minha Nídia vai ter uma menina, mas agora tem diabetes” (SIC) a referir-se à net. Disponibilizado apoio da UCC à neta, nomeadamente recurso na área da Saúde Materna através do curso de preparação para o parto (colega especialista em Enf. Saúde Materna e Obstetrícia). Fornecidos contactos e explicado projecto.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
Área de Especialização em Enfermagem de
Reabilitação

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Plano de cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Inês Simões, nº536

Prof. Orientador: Prof. Joaquim Paulo Oliveira

Orientador Local: Enfermeiro Beto Cruz

Lisboa
Dezembro 2017



Este plano de cuidados realiza-se com base nas informações colhidas junto do utente e sua família, na plataforma informática *SClínico*, nos documentos disponíveis no processo físico e nos instrumentos disponíveis no serviço e no Projecto elaborado.

A 1ª avaliação foi realizada no dia 1 Dezembro 2017.

1. Colheita de dados/anamnese

Dimensões pessoal, familiar e social (ver Genograma)

O Sr. RB de 59 anos, etnia caucasiana é natural de Lisboa. Previamente independente nas suas actividades de vida diárias, analista informático no activo (Licenciado). Casado e com um filho, reside com este e com a sua esposa (principal cuidadora) na zona de Lisboa, em 1º andar, com condições de habitação e acessibilidade aparentemente adequadas à sua situação: apartamento acessível por elevador (prédio com 3 degraus na entrada e por piso plano pela garagem).

Hobbies: ler, passear, ouvir rádio.

História de situação de doença actual

No dia 18 Outubro 2017, o Sr. RB recorre ao Serviço de Urgência de um hospital do CHLC após ter sido encontrado caído no WC de casa pela esposa cerca das 18h30. Terá sido visto “bem” pela última vez às 8h00. Inicialmente com quadro de alterações da linguagem e diminuição de força muscular do hemicorpo direito.

Dado encontrar-se fora do período de janela (não foi possível definir hora de início dos sintomas) não foi activada a Via Verde do AVC. Fez TAC CE (18/10/17) que revela lesão isquémica aguda no território da ACM esquerda, sem sinais de transformação hemorrágica e sem desvio da linha média.

Analiticamente sem alterações de relevo e ECG em ritmo sinusal (sem sinais sugestivos de isquémia aguda). É internado no serviço de Medicina (internamento) para seguimento e reavaliação do quadro.

A 20 Outubro repete TAC CE que confirma diagnóstico; “contornos de enfarte isquémico fronto-opercular, frontal médio, insular e lenticulo-caudado à esquerda, sem transformação hemorrágica e com ligeiro aumento efeito massa; sem significativo desvio das estruturas medianas supratentoriais”. Na Angio-TAC realizada observam-se ainda “placas de ateroma nas bifurcações carotídeas e segmento bulbar das artérias carótidas internas com estenose grave bilateral e aspectos de ulceração à direita. Calibre reduzido do segmento cervical da artéria

carótida interna esquerda que se acentua nos segmentos intracranianos e com preenchimento irregular do segmento M1 da ACM esquerda e provável oclusão do segmento M1 distal/ M2”.

Por estas conclusões, mantém internado no Serviço de Medicina (Unidade de Cuidados Intermédios) com o diagnóstico principal de AVC isquémico da ACM esquerda por aterosomatose de grandes vasos.

Como défices apresenta afasia expressão, plegia membro superior direito e parésia membro inferior direito FM 2/3 (Escala de Lower). Inicia programa de reabilitação em internamento.

Ainda do estudo etiológico realizado (ECO Doppler dos vasos do pescoço) salienta-se estenose carotídea bilateral grave, sendo submetido a:

24 Outubro: angioplastia com balão e colocação de *stent* da ACI direita

06 Novembro: angioplastia com balão (4x) e colocação de dois *stents* na ACI esquerda.

Sem complicações aparentes pós- intervenções.

É transferido a 20 Novembro para o serviço de Medicina Física e de Reabilitação (MFR) do HCC para continuação de processo de Reabilitação.

Hábitos tabágicos: não.

Hábitos etanólicos: não.

Alergias: desconhecidas

Antecedentes pessoais: desconhecidos

Terapêutica habitual/ambulatório: sem medicação habitual

Diagnóstico médico: AVC isquémico ACM esquerda

Causa de admissão na MFR: reabilitação pós AVC.

Instituição/Unidade funcional referenciadora: CHLC, Serviço Medicina

2. Avaliação de Enfermagem de Reabilitação (01/12/2017)

Pele e mucosas: coradas, hidratadas. Integridade cutânea mantida.

Risco de Úlcera por Pressão: Escala de *Braden*, reavaliação 48h/48h (DGS, Orientação nº 17/2011 de 19/05/2011)

Escala de <i>Braden</i>		
Percepção sensorial	Ligeiramente limitada	3
Humidade	Raramente húmida	4
Actividade	Sentado	2
Mobilidade	Ligeiramente limitada	3
Nutrição	Adequada	3
Forças de deslizamento e fricção	Problema potencial	2
Total e conclusão: baixo risco de UPP		17

Dor: Escala numérica, dor intensidade 0.

Edemas: sem edemas.

Perfusão tecidular: mantida, pulsos radiais e pediosos (ênfase à direita) papáveis, rítmicos.

Sensibilidade: superficial: tátil alterada MS dto (ponta da compressa), dolorosa mantida (bico redondo tesoura) e térmica (água quente e água fria). Profunda: sem alterações às diferentes pressões

Auscultação pulmonar		Direita	Esquerda
Murmúrio Vesicular (Mantido, Diminuído, Ausente)	1/3 superior	M	M
	1/3 médio	M	-
	1/3 inferior	M	M
Ruídos adventícios (Roncos, Sibilos, Fervores, Crepitações, Atritos pleurais)	1/3 superior	-	-
	1/3 médio	-	-
	1/3 inferior	-	-

Estado de consciência e orientação: Vígil, orientado (tempo, espaço e pessoa), participativo e motivado no processo de reabilitação, comunicativo à abordagem. Score 15 na Escala de Glasgow.

Atenção e memória: memória imediata mantida (repete 3 objectos após serem ditos – água, pente, cadeira); memória a longo prazo mantida através da descrição de eventos da sua juventude; memória a curto prazo mantida através da descrição das actividades realizadas imediatamente antes da avaliação. Avaliação dificultada pela presença de alteração na linguagem (afasia).

Linguagem: compreensão indicações simples e complexas mantida. Repetição de palavras simples mantida. Fluidez alterada e nomeação 1/5 palavras. Capacidade de leitura mantida, apresenta alterações na escrita nomeadamente em palavras com consoantes B/P, S/T e V/F.

Negligência: hemicorpo dto (membro superior)

Parâmetros Fisiológicos: Temperatura timpânica: 36,2°; TA 127/65 mmHg; FC 72 bpm.

Avaliação Neurológica:

Par	Resultado
Olfativo (I)	Não testado
Ótico (II)	Sem alterações. Contagem dos dedos à direita eficaz; visão periférica e reflexo de ameaça alterados a > 60° ?
Óculomotor (III); Patético (IV); Motor ocular externo (VI)	Sem alteração
Trigémeo (V)	Sensibilidade tátil e dolorosa diminuída na nos ramos à direita (oftálmico, maxilar e mandibular);
Facial (VII)	Parésia facial central à direita marcada com apagamento do sulco nasogeniano Não testada capacidade de reconhecer sabores nos 2/3 anteriores da língua
Vestibulo-coclear (VIII)	Divisão coclear: sem alterações da acuidade auditiva. Não se recorreu à utilização do diapasão Divisão vestibular: Equilíbrio sentado estático e dinâmico: eficaz. Equilíbrio estático e dinâmico em pé: ineficaz.
Glossofaríngeo (IX)	
Vago (X)	Reflexos de vômito e tosse mantidos
Espinhal (XI)	Sem alterações de força nos músculos esternocleidomastóideo e da porção superior do trapézio
Hipoglosso (XII)	Úvula sem alterações; desvio da língua para a esquerda

Motricidade: avaliação da força muscular segundo a Escala Medical Research of Council (os registos do Sr. RB foram realizados segundo o instrumento utilizado no serviço – Escala de Lower. Não identifiquei discrepâncias significativas nos resultados obtidos nos dois instrumentos)

Segmentos		Movimentos						
			01/12/2017		28/12/2017			
Cabeça e pescoço		Flexão	5		5			
		Extensão	5		5			
		Flexão lateral esquerda	5		5			
		Flexão lateral direita	5		5			
		Rotação	5		5			
Lateralidade			ESQ	DTO	ESQ	DTO	ESQ	DTO
Membros superiores	Escapulo-umeral	Abdução	5	0	5	0		
		Adução	5	0	5	0		
		Flexão	5	0	5	0		
		Extensão	5	0	5	0		
		Rotação interna	5	0	5	0		
		Rotação externa	5	0	5	0		
		Circundação	5	0	5	0		
		Elevação	5	0	5	0		
		Depressão	5	0	5	0		
	Cotovelo	Extensão	5	1	5	2		
		Flexão	5	1	5	1		
	Antebraço	Supinação	5	0	5	2		
		Pronação	5	0	5	1		
	Punho	Desvio radial	5	0	5	0		
		Desvio Cubital	5	0	5	0		
		Circundação	5	0	5	0		
		Dorsiflexão	5	0	5	0		
	Dedos	Flexão	5	0	5	1		
		Extensão	5	0	5	1		
		Abdução	5	0	5	0		
		Adução	5	0	5	0		
		Oponência	5	0	5	0		
		Circundação	5	0	5	0		
Membros inferiores	Coxofemoral	Abdução	5	3	5	4		
		Adução	5	3	5	4		
		Flexão	5	3	5	4		
		Extensão	5	3	5	4		
		Rotação interna	5	-	5	-		
		Rotação externa	5	-	5	-		
		Circundação	5	-	5	-		
	Joelho	Flexão	5	3	5	4		
		Extensão	5	3	5	4		
	Tíbio Társica	Dorsiflexão	5	3	5	4		
		Inversão	5	3	5	4		
		Eversão	5	3	5	4		
	Dedos	Flexão	5	3	5	4		
		Extensão	5	3	5	4		
		Abdução	5	3	5	4		

		Adução	5	3	5	4		
--	--	---------------	---	---	---	---	--	--

Espasticidade: Escala de *Ashwoth*

Espasticidade/Tónus muscular			
MS direito	MS esquerdo	MI direito	MI esquerdo
3	0	1+	0

Equilíbrio: Sentado estático e dinâmico eficaz; em pé equilíbrio estático e dinâmico ineficaz

Escala de *Berg*: 7

28/12 Escala de *Berg*: 42

Risco de Queda: Escala de Morse, reavaliação 7/7 dias

Antecedentes de queda	Não	0
Diagnóstico Secundário	Sim	15
Apoio na deambulação	Nenhum/acamado	0
Terapêutica com heparina	Não	0
Tipo de marcha	Défi ce na marcha	20
Percepção	Consciente das suas limitações	0
Total e conclusão: médio risco de queda		35

28/12 Total e conclusão: médio risco queda, 50

MIF – Medida de Independência Funcional

N Í V E I S	7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal) 6 – Independência modificada (Ajuda técnica)		SEM AJUDA			
	Dependência Modificada 5 – Supervisão 4 – Assistência Mínima (Sujeito ≥ 75%) 3 – Assistência Moderada (Sujeito ≥ 50%) Dependência Completa 2 – Assistência Máxima (Sujeito ≥ 25%) 1 – Assistência Total (Sujeito ≥ 10%)		COM AJUDA			
Avaliação	Atividades	01/12/17	28/12/17			
	Autocuidado	17	33			
A.	Alimentação	3	5			
B.	Higiene pessoal: apresentação e aparência.	4	5			
C.	Banho: lavar o corpo	3	6			
D.	Vestir: metade superior do corpo	3	6			
E.	Vestir: metade inferior do corpo	2	5			
F.	Utilização da sanita	2	6/7			
	Controle dos esfíncteres	6	14			
G.	Vesical	3	7			
H.	Intestinal	3	7			
	Mobilidade	7	18			
I.	Transferências: leito, cadeira, cadeira de rodas	3	6			
J.	Transferências: sanitário	2	6			
K.	Transferências: banheira ou chuveiro	2	6			
	Locomoção	5	12			
L.	Marcha/Cadeira de rodas	M 3 CR 2	M 6 CR 6	M CR		
M.	Escadas					
	Comunicação	22	24			
N.	Compreensão	A 7 VI 6	A 7 VI 6	A VI		
O.	Expressão	V 3 NV 6	V 4/5 NV 6	V NV		
	Conhecimento Social	16	17			
P.	Interação Social	7	7			
Q.	Resolução de Problemas	3	3			
R.	Memória	6	7			
Total		73	118			

OBS: Não deixe nenhum item em branco, se não for possível testar marque 1.
 Medida de Independência Funcional (MIF). (copyright 1987, Fundação Nacional de Pesquisa – Universidade Estadual de New York).
 Abreviações: M=marcha, CR= cadeira de rodas, A= Auditiva, VI= Visual, V= Verbal e NV= Não Verbal.

Avaliação da transição segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis

Fonte: Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Karen, S. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), pp. 12 – 28 (adaptado)

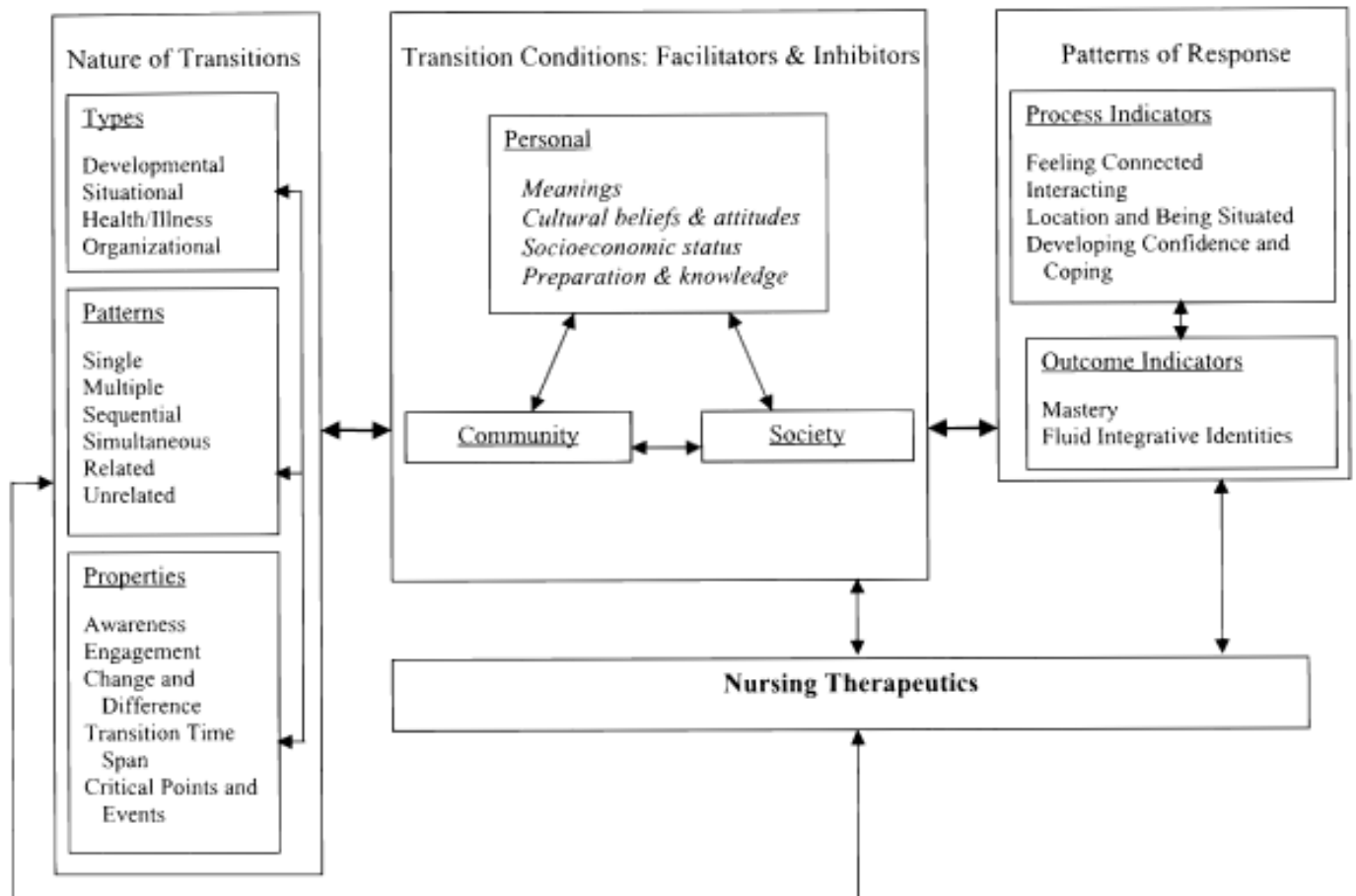


Fig 1. Transitions: a middle-range theory.

1. O Sr. RB verbaliza sentir-se preocupado com a reabilitação/incapacidade do membro superior, aparentando encontrar-se consciente da sua situação de saúde. Refere sentir-se “triste porque o braço não mexe e precisa dele” (SIC).

Participa no seu processo de reabilitação.

Transição iniciada a 18/10/2017

2. Facilitadores: esposa cuidadora, presente e disponível para aprender como cuidar. Idade adulta - determinação e motivação.
Inibidores: tristeza por parésia membro superior direito; alteração de papéis

Diagnósticos de Enfermagem e Plano de Cuidados

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Autocuidado: Higiene	Maximizar independência no autocuidado higiene	<p>Assistir a pessoa na higiene no WC no chuveiro. <u>Termo a 27/12</u></p> <p>Treinar transferência para cadeira sanitária/higiene</p> <p>Estimular o Sr. RB a lavar e secar as partes do corpo ao seu alcance (necessário estímulo verbal para secar MS dto)</p> <p>Estimular a nomear as partes do corpo tocadas e lateralidade (afasia e esquema corporal)</p> <p>Estimular a lavar os dentes (em frente ao espelho)</p> <p>Informar sobre adaptações ao WC/banheira, nomeadamente cadeira giratória, tábua ou banco ao Sr. RB e esposa</p> <p>Informar sobre dispositivos de segurança (antiderrapante e barras de apoio) ao Sr. RB e esposa</p> <p>Supervisionar autocuidado de higiene no WC <u>Início 27/12</u></p>	<p>01/12 Necessita de ajuda para lavar/secar as costas, pés e região sacro-coccigea.</p> <p>12/12 Necessita de ajuda a secar as costas e pés nos cuidados de higiene</p> <p>28/12 Autónomo Independente no WC; supervisão no secar MS dto.</p>

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Autocuidado: Vestuário	Maximizar independência no autocuidado vestuário e aparência	<p>Ensinar técnica de vestir a metade superior do vestuário</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentar numa cadeira; treinar a colocação da manga no membro mais afectado em primeiro lugar. - Assistir o Sr. R a vestir as calças, <u>Término 12/12</u> <p>Treinar o Sr. RB para o vestir/despir de forma independente (ênfase em vestir metade inferior do corpo e calçar os sapatos)</p> <p>Assistir o Sr. R a abotoar os botões. <u>Término 28/12</u></p> <p>Estimular a escolha da roupa para vestir</p> <p>Avaliar técnica de calçar sapato através da observação. <u>Início 12/12</u></p> <p>Ensinar complicações de má técnica de calçar sapato. <u>Início 12/12</u></p> <p>Treinar técnica de apertar atacadores. <u>Início 12/12</u></p> <p>Providenciar material educativo sobre técnica de apertar atacadores (folheto) explicativo. <u>Início: 27/12</u></p> <p>Assistir o Sr. R a calçar as meias e os ténis.</p>	<p>01/12 Necessita de ajuda a vestir/despir metade inferior do corpo.</p> <p>12/12 Necessita de ajuda a calçar meias, sapatos e apertar atacadores.</p> <p>27/12 Necessita de ajuda para calçar sapato lado mais afectado (dto) e apertar atacadores. Demonstrada técnica de apertar atacadores e validada compreensão da informação, utente recusa referindo preferir que alguém aperte “da forma normal” (SIC). Independente no restante vestuário com supervisão.</p>

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Autocuidado: alimentar-se Autocuidado: Beber	Maximizar autocuidado alimentar-se (com segurança) Manter aporte nutricional e hídricos adequados	Avaliar deglutição (risco de disfagia) Assistir na alimentação Incentivar o reforço hídrico	01/12 Necessita de ajuda na preparação da refeição. Sem alterações na deglutição/disfagia. 12/12 Necessita de ajuda parcial na preparação da refeição.

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Autocuidado: uso do sanitário	Promover o controlo de esfíncteres eficaz Capacitar para o uso do sanitário de forma independente	Reforçar auto-eficácia/reforço positivo Incentivar o autocontrolo continência vesical e intestinal com recurso ao urinol e ida ao WC	01/12 Continência vesical mantida; micção no WC (período diurno e no urinol (período noturno)

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12 <u>Término</u> <u>28/12</u>	Posicionar-se	Capacitar o Sr. RB para a independência nos posicionamentos, com ênfase para os cuidados com o MS mais afectado	Instruir sobre posicionamentos em padrão anti espástico e cuidados com o hemitorço direito Incentivar à alternância de decúbitos. 12/12 Supervisionar posicionamentos .28/12	01/12 Necessita de ajuda parcial para a colocação das almofadas de posicionamento em decúbitos laterais. 28/12 Independente.

Data	Diagnóstico	Objectivos	Intervenções	Avaliação
01/12	Movimentação: Transferir-se	Capacitar o Sr. RB para a independência na realização de transferências (com segurança)	<p>Assistir a pessoa a transferir-se. <u>Término 28/12</u></p> <p>Treinar técnica de transferência de forma independente</p> <p>Supervisionar a pessoa a transferir-se. <u>Início 28/12</u></p> <p>Ensinar esposa sobre técnica de transferência. <u>Término 12/12</u></p> <p>Incentivar à execução do exercício muscular e articular</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar automobilizações - Treinar automobilizações - Realizar mobilizações: passivas do hemicorpo mais afectado (MS dto) e activas/asssistidas/resistidas (MI dto) <p>Assistir a pessoa na realização de actividades terapêuticas prévias que promovem o aumento da FM, equilíbrio corporal e sensibilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rolar no leito: (lado menos afectado: aumento da força muscular), lado mais afectado (estimula a sensibilidade, a carga inibe a instalação da espasticidade, facilita a integração do esquema corporal) - Ponte: promove o aumento da FM dos grupos musculares intervenientes 	<p>01/12 Necessita de ajuda nas transferências.</p> <p>27/12 Supervisão nas transferências.</p> <p>28/12 Independente nas transferências.</p>

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Movimentação: Andar com auxiliar de marcha	Capacitar o Sr. RB para andar com auxiliar de marcha (em segurança)	Avaliar o equilíbrio	01/12 Dá passos com apoio bilateral de duas pessoas.
Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Movimentação: cadeira de rodas	Capacitar o Sr. RB a deslocar-se em cadeira de rodas de forma autónoma e independente	<p>Avaliar conhecimento sobre mover-se em CR</p> <p>Treinar a andar com auxiliar de marcha de bengala</p> <p>Incentivar correcção postural do tronco no andar</p> <p>Ensinar sobre mover-se em CR o Sr. RB e esposa</p> <p>Assistir na deambulação</p> <p>Supervisionar a deambulação autónoma em CR</p> <p>Incentivar a realização de exercícios de treino de equilíbrio e força muscular</p>	<p>12/12 Dá passos com apoio unilateral de uma pessoa, com deambulação em CR de forma autónoma, embora deambule com bengala, e demonstre conhecimento e equilíbrio estático em pé eficaz.</p> <p>28/12 Deambula com bengala, técnica para tal.</p> <p>12/12 Independente em CR.</p> <p>28/12 Não usa CR; marcha com bengala</p>
<u>Término</u> <u>28/12</u>				

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Défi ce sensorial	Melhorar défi ce sensorial presente hemicorpo direito	<p>Avaliar a sensibilidade: Superficial e profunda</p> <p>Gerir ambiente físico através da facilitação cruzada (mesa de cabeceira do lado mais afectado)</p> <p>Estimular percepção sensorial</p> <p>Abordar o Sr. Rui preferencialmente pelo lado mais afectado (direito)</p> <p>Incentivar à execução do exercício muscular e articular</p>	<p>01/12 Sensibilidade superficial: táctil alterada MS dto (ponta da compressa), dolorosa mantida (bico redondo tesoura) e térmica alterada (água quente e água fria). Profunda: sem alterações às diferentes pressões.</p> <p>12/12</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar automobilizações - Treinar automobilizações - Realizar mobilizações: passivas do hemicorpo mais afetado (MS dto) e activas/asssistidas/resistidas (MI dto) <p>Educar para estratégias adaptativas ao défice sensorial (ex.verificar temperatura da água com lado menos lesado)</p> <p>Incentivar uso do espelho no autocuidado</p> <p>Treinar a ponte</p>	Realiza de forma independente automobilizações dos membros superiores
--	--	--	---	---

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Parésia Facial central direita	Vigiar parésia facial central	<p>Incentivar uso do espelho no autocuidado</p> <p>Instruir para executar exercícios: “Unir as sobrancelhas”, “enrugar a testa”, “elevar as sobrancelhas”, “fechar os olhos abruptamente”,</p>	01/12 Apagamento do sulco nasogeniano direita Desvio língua esquerda Sem desvio da comissura labial Não consegue rir, consegue sorrir. Não executa indicação “empurrar bochecha com a língua”.

			<p>“sorrir”, “mostrar os dentes”, “assobiar”, “encher a boca de ar”.</p> <p>Supervisionar a pessoa no mastigar. <u>Término 12/12</u></p>	<p>28/12</p> <p>Consegue rir.</p>
--	--	--	--	-----------------------------------

Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
	Movimento Muscular: Diminuído	Maximizar força muscular no hemicorpo direito	<p>Avaliar movimento muscular/espasticidade (Escala de Ashworth)</p> <p>Incentivar a pessoa a executar exercícios musculares e articulares activos (automobilizações)</p> <p>Treinar a ponte e o rolamento no leito</p> <p>Promover posicionamento do MSdto em padrão anti espástico</p> <p>Executar técnica de exercício muscular e articular passivo no MS direito</p> <p>Executar técnica de exercício muscular e articular activo-resistido no MI direito</p> <p>Instruir sobre exercícios de treino do equilíbrio e força muscular como agachamentos</p>	<p>01/12 Hemiparésia direita, FM 1/5 MS e FM3/5 MI.</p> <p>28/12 Hemiparésia direita, FM 1/5 MS e FM 4/5 MI</p>

Data	Diagnóstico	Resultados Esperados	Intervenções	Avaliação
01/12	Equilíbrio Corporal comprometido	Potenciar o equilíbrio estático e dinâmico (em ortostatismo)	<p>Instruir sobre exercícios de treino de equilíbrio dinâmico sentado na cama: com as mãos de lado a suportar o peso do tronco, os pés estão apoiados no chão e os joelhos fletidos em ângulo reto. (Enfermeiro coloca-se de frente); imprimir uma força que provoque movimento lateral</p> <p>Instruir sobre exercícios de treino do equilíbrio e força muscular como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agachamentos apoiado às grades da cama; - “Avião”, flexão extensão coxo-femoral; - Apoio com um pé, abdução/adução e flexão/extensão alternada dos membros inferiores - “bicos de pés”, dorsiflexão pés <p>Incentivar actividades terapêuticas: rolamento, ponte, automobilização.</p>	<p>01/12 Equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido; Equilíbrio dinâmico e estático em pé ineficaz</p> <p>12/12 Equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido; Equilíbrio estático em pé eficaz e equilíbrio dinâmico em pé ineficaz</p> <p>28/12 Equilíbrio estático e dinâmico sentado mantido; Equilíbrio estático em pé eficaz e equilíbrio dinâmico em pé ineficaz (apoia-se em bengala)</p>

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Comunicação comprometida: Afasia expressão	<p>Promover uma comunicação verbal eficaz</p> <p>Promover a participação social, através da redução da desvantagem comunicacional</p>	<p>Promover um ambiente tranquilo</p> <p>Dar tempo ao utente para se expressar</p> <p>Reforçar positivamente; Dar tempo para responder</p> <p>Treinar a nomeação dando “pistas” como a 1ª letra das palavras</p> <p>Treinar a linguagem escrita com a mão esquerda</p> <p>Treinar a comunicação verbal, com assuntos do seu interesse (futebol, descrição pormenorizada do fim de semana, do dia a dia da história familiar)</p> <p>Treinar à nomeação de objectos que se encontram no quarto e sua função</p> <p>Treinar a leitura e vocabulário através da leitura do jornal desportivo 12/12</p> <p>Falar claramente e com palavras simples</p> <p>Incentivar à nomeação dos objectos por imagens e sua função</p>	<p>01/12 Afasia expressão cumpre indicações; repete palavras simples mas não frases complexas; fluência comprometida e nomeia 1/5 objectos.</p> <p>12/12 Escreve palavras simples por identificação de imagens; lê notícias lentamente. Cumpre indicações; repete palavras simples mas não frases complexas; fluência comprometida e nomeia 2/5 objectos.</p> <p>28/12 Cumpre indicações; repete frases complexas; fluência comprometida e nomeia 4/5-8/10.</p>

Data	Diagnóstico	Objectivo	Intervenções	Avaliação
01/12	Ansiedade Transição	Capacitar O Sr. RB para o processo de transição, através de estratégias de <i>coping</i>	Gerir recursos disponíveis no serviço Educar sobre estratégias de <i>coping</i> Incentivar expressão de sentimentos Incentivar aos seus <i>hobbies</i> : ler e rádio Reforçar positivamente	01/12 Motivado e participativo no processo de reabilitação 12/12 Verbaliza tristeza por não sentir recuperação movimento MS dto 28/12 Fácies triste, refere manter preocupação com hemiparésia direta com ganhos poucos significativos na mobilidade deste membro. No entanto, continua participativo.

Notas de Evolução:

01/12

Realizada avaliação de EEER.

11/12

Afasia de expressão, transcortical motora. Débito palavras: 20 por minuto. Nomeação 2/5; repetição palavras e frases simples 5/5; fluência

comprometida e compreensão mantida

Desloca-se em cadeira de rodas. Deambula com apoio unilateral (uma pessoa) no quarto.

Hemiparésia direita. MS força 2 e MI com força 4 (Escala de Lower). Apresenta tónus MSdto 3 e MIdto 1+ (Escala de Asworth).

Realizadas automobilizações do MS direito sentado em cadeira de rodas. Em decúbito dorsal, realizadas mobilizações passivas MS:

elevação/depressão escapulo-umeral; abdução/adução braço; flexão/extensão cotovelo;

pronação/supinação antebraço; desvio

radial/cubital + dorsiflexão + circundação punho; flexão/extensão e oposição do polegar.

Mobilizações activas-resistidas no MI: abdução/adução; flexão/extensão coxo-femoral e joelho; eversão/inversão pé; dorsiflexão.

12/12

Deambulou no quarto com apoio unilateral, apresenta inversão do pé. Desloca-se em cadeira de rodas.

Necessita de ajuda a secar as costas nos cuidados de higiene; ajuda parcial a vestir: calçar meia, sapato e apertar atacadores MI direito.

Necessita de ajuda na preparação dos alimentos.

28/12

Afasia de expressão: nomeação 3/5, repetição 5/5, descreve actividades que realiza com dificuldade, fluência comprometida, compreensão mantida, débito palavras por minuto inferior a 30. Apresenta parésia facial central com desvio língua para a esquerda. Hemiparésia

direita. MS força 2 e MI com força 4 (Escala de Lower). Apresenta tónus muscular MSdto 3 e MIdto 1+ (Escala de Asworth).

Necessita de ajuda a calçar meias e apertar atacadores. Apresenta equilíbrio estático e dinâmico sentado eficaz; equilíbrio estático em pé eficaz e dinâmico ineficaz. Realizou 10 (contrações isométricas) dorsi/flexão pé("bicos de pés") apoiado na cama. Deambula com bengala de forma autónoma.

29/12

Mantém afasia de expressão: nomeação 4/5, repetição 5/5, descreve actividades que realiza com fluência comprometida; compreensão mantida.

Providenciada ortotese *foot up boxis*. Ensinado utente sobre a sua colocação; compreendeu a informação e objectivo da mesma (evitar a inversão pé direito) mas necessita de ajuda na sua colocação.

APÊNDICE III – Estratégia de pesquisa e Fluxograma
Reviãp *Scoping*

	CINAHL Plus®			MEDLINE		
	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)
Linguagem Natural	Cerebrovascular disorders S6 Stroke S7	Nursing S1 Communication S2 Aphasia S3	Rehabilitation S4 Rehabilitation Nursing S5	Cerebrovascular disorders S7 Stroke S6	Nursing S1 Communication S2 Aphasia S3	Rehabilitation S4 Rehabilitation Nursing S5
Linguagem indexada	Cerebrovascular disorders S16 Stroke S17 Stroke patients S18	Nursing care S8 Nursing interventions S9 Communicative disorders S10 Speech disorders S11 Language disorders S12 Aphasia S13	Rehabilitation S14 Rehabilitation Nursing S15	Cerebrovascular disorders S16 Stroke S15	Nursing S8 Nursing Care S9 Communication S11/ Communication disorders S10 Speech disorders S12 Language disorders S13 Aphasia S4	Rehabilitation S17 Rehabilitation Nursing S18
Pesquisa Combinada (natural e indexada)	S6 OR S7 OR S16 OR S17 OR S18 = S19 = 84,010	S1 OR S8 OR S9 = S20 = 589,262 S2 OR S3 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 = S21 = 140,806 S20 AND S21 = S 22 = 22,957	S4 OR S5 OR S14 OR S15 = S23 = 137,019	S6 OR S7 OR S15 = S22 = 266,616	S1 OR S8 OR S9 = S19 S2 OR S3 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S4 = S20 S19 AND S20 = S21	S4 OR S5 OR S17 OR S18 = S23

S19 AND S22 AND S23 = S24
120 artigos
Limite temporal: 2007-2017,
FULL PDF: 34 **artigos**

S22 AND S21 AND S23 = S24
186 artigos
Limite temporal: 2007-2017,
FULL PDF: 48 **artigos**

Identificação

Triagem

Elegibilidade

Incluídos

Resultados extraídos da MEDLINE
(n = 7)

Resultados extraídos da CINAHL
(n = 4)

Resultados extraídos de outras fontes
(n = 1)

Resultados extraídos após verificação de
duplicação
(n = 10)

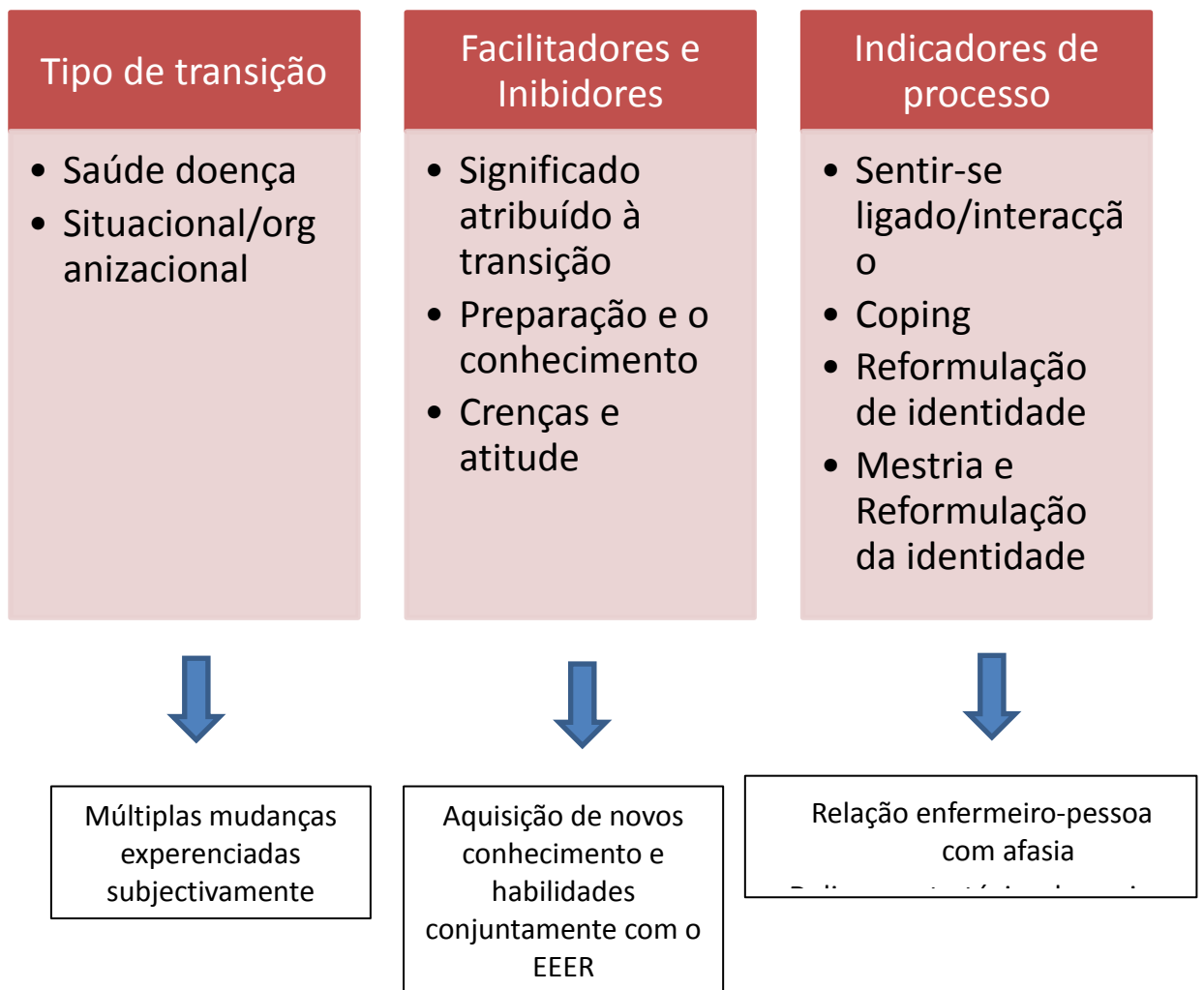
Resultados triados e seleccionados
(n = 9)

Resultados excluídos por ausência de
texto integral
(n = 2)

Resultados com texto integral incluídos
(n = 7)



APÊNDICE IV - Análise da Teoria das Transições de A. Meleis relacionada com a
temática



O significado atribuído a uma transição pode ser negativo ou positivo.

APÊNDICE V – Jornais de aprendizagem

Jornal de Aprendizagem

A reflexão subjacente a este jornal de aprendizagem centra-se no cuidar individualizado. A metodologia de estruturação de pensamento segue o *Ciclo de Gibbs*.

Descrição

A Sr^a J, com 92 anos, encontra-se a ser acompanhada desde Julho 2017 pela ECCI – Cuidados de Reabilitação, após fractura subtrocanterica do fémur à direita por queda no domicílio. Previamente a esta situação, a Sr. J era independente nas actividades de vida diárias, deslocava-se pelo domicílio e exterior com apoio de uma bengala. Reside em domicílio próprio com filha e genro, no andar de baixo de uma casa (tem um degrau para ter acesso ao exterior).

Orientada nas três vertentes, comunicativa; segundo a EEER sempre se mostrou participativa no processo de Reabilitação, procurando compreender os exercícios efectuados e replicá-los durante o dia, mesmo sem a presença do profissional.

Actualmente, a Sr^a J. deambula com auxílio de duas bengalas, pelo interior e exterior da habitação; sobe e desce escadas, realiza transferências leito-cadeira de forma independente, apresenta equilíbrio mantido na marcha em piso irregular.

Dia X, durante a intervenção junto da utente, esta questiona se já conhecemos a igreja da sua terra (situa-se ao fundo da rua, talvez uns a uns 100/150 metros de distância da sua casa). “Há muitos meses que não vou lá, senão mostrava-a às senhoras enfermeiras, ia lá muitas vezes mas agora não posso” (SIC).

Sugerimos então à Sr^a realizarmos uma ida à igreja durante uma visita domiciliária futura - que aconteceu na semana seguinte. Dia X, quando chegámos ao domicílio da utente, esta já se encontrava parcialmente vestida com roupa para sair de casa (nas visitas anteriores apenas usava camisa de noite); evidenciava agrado e segunda a filha-cuidadora “parecia uma criança, não dormia há dois dias a perguntar já é hoje que a senhora enfermeira vem?” (SIC).

Pensamentos e Sentimentos

A satisfação das necessidades da pessoa no seu todo, com manifesto agrado e alegria da utente fez-me sentir realizada e com a sensação que prestei Cuidados de Enfermagem à Sr^a J, ou seja, individualizados (só poderiam ser a ela, não são replicáveis da mesma forma a outra pessoa). Por vezes, na correria do dia-a-dia de trabalho, entre a desresponsabilização profissional e a escassez de recursos humanos, sinto-me frustrada por não ter prestados os cuidados de Enfermagem que deveria e que seria competente para.

Avaliação e Análise

O não à vontade/timidez da senhora quando realizámos a visita domiciliária para dizer “vamos à igreja? Já estou pronta” ou “gostava de ir à igreja, será possível?”, previamente à nossa intervenção é um aspecto menos positivo nesta situação, pois pode reflectir falta de confiança na equipa ou uma relação distanciada.

No entanto, o facto de conseguirmos agregar numa visita domiciliária o programa de reabilitação motora com a satisfação de necessidades espirituais da pessoa e família parece-me um aspecto positivo na intervenção. Tendo por base o quadro de competências do enfermeiro especialista (B3.1.3), o EEER “envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas”. (OE, 2011, pp.7)

Na minha prática de cuidados diária, talvez não me debruce sobre as questões espirituais por serem menos objectiváveis. A pergunta “como se sente?” remete na maioria das vezes para questões de natureza física ou relacionadas com a patologia e não são frequentes as avaliações relacionada com a religião ou hábitos e necessidades espirituais. É comum darmos ênfase a esta componente apenas se a pessoa referir ou manifestar necessidade.

Uma vez que a finalidade do estágio é desenvolver competências científicas, técnicas e humana necessárias à prestação de cuidados especializados, nos diferentes contextos e tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (Doc. orientador “Estágio com relatório”, 2017, pp. 3), “as estratégias de resolução de problemas” devem ser “desenvolvidas em parceria com o cliente” (OE, 2011, pp.3),

Conclusão

Nesta situação concreta, não objectivo nada que pudesse ter feito de forma diferente, apenas a hipótese de terem sido abordadas as questões religiosas/espirituais mais precocemente adaptando assim o programa de reabilitação

Acrescento que a reflexão sobre estas questões e posterior partilha de experiências com a equipa, sensibiliza os restantes profissionais para o desenvolvimento das competências A2.1.6 e B3.1.2, ou seja, promover a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo na equipa de enfermagem onde está inserido. (OE, 2011, pp.4;7).

O EEER actua no sentido de reintegrar a pessoa na sociedade, preferencialmente num ambiente adaptado à sua nova condição. A Sr^a. J experiencia um processo de transição saudável ao vivenciar as mudanças na sua autonomia e independência de forma consciente. O nível de consciência influencia o nível de compromisso e reflecte-se no envolvimento da pessoa no processo de transição e neste caso particular, no processo de reabilitação. (Meleis et al. 2000)

Planeamento

Em intervenções futuras quer com esta senhora ou com outros utentes, terei maior cuidado promover a autonomia desta, ou seja, a tomada de decisão que se correlaciona com a independência mas não é exactamente a mesma coisa.

Também a avaliação holística da pessoa permite adaptar as intervenções do programa de reabilitação ao dia-a-dia da pessoa previamente à sua situação de dependência, maximizando a sua funcionalidade.

Jornal de Aprendizagem

A reflexão subjacente a este jornal de aprendizagem centra-se no cuidar individualizado. A metodologia de estruturação de pensamento segue o *Ciclo de Gibbs*.

Descrição

A Sr^a J, com 92 anos, encontra-se a ser acompanhada desde Julho 2017 pela ECCI – Cuidados de Reabilitação, após fractura subtrocanterica do fémur à direita por queda no domicílio. Previamente a esta situação, a Sr. J era independente nas actividades de vida diárias, deslocava-se pelo domicílio e exterior com apoio de uma bengala. Reside em domicílio próprio com filha e genro, no andar de baixo de uma casa (tem um degrau para ter acesso ao exterior).

Orientada nas três vertentes, comunicativa; segundo a EEER sempre se mostrou participativa no processo de Reabilitação, procurando compreender os exercícios efectuados e replicá-los durante o dia, mesmo sem a presença do profissional.

Actualmente, a Sr^a J. deambula com auxílio de duas bengalas, pelo interior e exterior da habitação; sobe e desce escadas, realiza transferências leito-cadeira de forma independente, apresenta equilíbrio mantido na marcha em piso irregular.

Dia X, durante a intervenção junto da utente, esta questiona se já conhecemos a igreja da sua terra (situa-se ao fundo da rua, talvez uns a uns 100/150 metros de distância da sua casa). “Há muitos meses que não vou lá, senão mostrava-a às senhoras enfermeiras, ia lá muitas vezes mas agora não posso” (SIC).

Sugerimos então à Sr^a realizarmos uma ida à igreja durante uma visita domiciliária futura - que aconteceu na semana seguinte. Dia X, quando chegámos ao domicílio da utente, esta já se encontrava parcialmente vestida com roupa para sair de casa (nas visitas anteriores apenas usava camisa de noite); evidenciava agrado e segunda a filha-cuidadora “parecia uma criança, não dormia há dois dias a perguntar já é hoje que a senhora enfermeira vem?” (SIC).

Pensamentos e Sentimentos

A satisfação das necessidades da pessoa no seu todo, com manifesto agrado e alegria da utente fez-me sentir realizada e com a sensação que prestei Cuidados de Enfermagem à Sr^a J,

ou seja, individualizados (só poderiam ser a ela, não são replicáveis da mesma forma a outra pessoa). Por vezes, na correria do dia-a-dia de trabalho, entre a desresponsabilização profissional e a escassez de recursos humanos, sinto-me frustrada por não ter prestados os cuidados de Enfermagem que deveria e que seria competente para.

Avaliação e Análise

O não à vontade/timidez da senhora quando realizámos a visita domiciliária para dizer “vamos à igreja? Já estou pronta” ou “gostava de ir à igreja, será possível?”, previamente à nossa intervenção é um aspecto menos positivo nesta situação, pois pode reflectir falta de confiança na equipa ou uma relação distanciada.

No entanto, o facto de conseguirmos agregar numa visita domiciliária o programa de reabilitação motora com a satisfação de necessidades espirituais da pessoa e família parece-me um aspecto positivo na intervenção. Tendo por base o quadro de competências do enfermeiro especialista (B3.1.3), o EEER “envolve a família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas”. (OE, 2011, pp.7)

Na minha prática de cuidados diária, talvez não me debruce sobre as questões espirituais por serem menos objectiváveis. A pergunta “como se sente?” remete na maioria das vezes para questões de natureza física ou relacionadas com a patologia e não são frequentes as avaliações relacionada com a religião ou hábitos e necessidades espirituais. É comum darmos ênfase a esta componente apenas se a pessoa referir ou manifestar necessidade.

Uma vez que a finalidade do estágio é desenvolver competências científicas, técnicas e humana necessárias à prestação de cuidados especializados, nos diferentes contextos e tendo em vista a sua reabilitação e reintegração social (Doc. orientador “Estágio com relatório”, 2017, pp. 3), “as estratégias de resolução de problemas” devem ser “desenvolvidas em parceria com o cliente” (OE, 2011, pp.3),

Conclusão

Nesta situação concreta, não objectivo nada que pudesse ter feito de forma diferente, apenas a hipótese de terem sido abordadas as questões religiosas/espirituais mais precocemente adaptando assim o programa de reabilitação

Acrescento que a reflexão sobre estas questões e posterior partilha de experiências com a equipa, sensibiliza os restantes profissionais para o desenvolvimento das competências A2.1.6 e B3.1.2, ou seja, promover a sensibilidade, consciência e respeito em relação às necessidades espirituais do indivíduo/grupo na equipa de enfermagem onde está inserido. (OE, 2011, pp.4;7).

O EEER actua no sentido de reintegrar a pessoa na sociedade, preferencialmente num ambiente adaptado à sua nova condição. A Sr^a. J experiencia um processo de transição saudável ao vivenciar as mudanças na sua autonomia e independência de forma consciente. O nível de consciência influencia o nível de compromisso e reflecte-se no envolvimento da pessoa no processo de transição e neste caso particular, no processo de reabilitação. (Meleis et al. 2000)

Planeamento

Em intervenções futuras quer com esta senhora ou com outros utentes, terei maior cuidado promover a autonomia desta, ou seja, a tomada de decisão que se correlaciona com a independência mas não é exactamente a mesma coisa.

Também a avaliação holística da pessoa permite adaptar as intervenções do programa de reabilitação ao dia-a-dia da pessoa previamente à sua situação de dependência, maximizando a sua funcionalidade.

Jornal de Aprendizagem

Este jornal de aprendizagem centra-se no cuidado à pessoa em processo de transição. Pretendo reflectir sobre as minhas experiências de forma a promover a consciencialização da minha prática de cuidados e a aquisição de conhecimentos.

A transição é um processo: pode ser uma mudança e resultar em mudança (Meleis, 2000). No entanto é no domicílio que nos apercebemos das múltiplas transições que a pessoa sofre. A maior parte destas são sequenciais, ou seja, um momento de crise gera uma transição que por sua vez ao alterar a forma de vida da pessoa ou comunidade em que está inserida, desencadeia nova mudança.

A pessoa em situação de doença está sempre em risco por se encontrar vulnerável. (Meleis, 2000) No hospital tendemos a ignorar este risco, o que não nos permite cuidar da individualidade da pessoa, ou seja, maximizar as suas capacidades (J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa).

As transições podem resultar de e em mudanças na saúde, relações e ambiente (Meleis, 2000) No estágio são diversas as situações em que isto é visível: queda e fractura que provoca dependência e, por conseguinte a filha torna-se cuidadora da mãe 24h por dia e desempregada; senhora em situação de dependência que fica impossibilitada de cuidar do marido (era a sua cuidadora principal) ou a senhora de média idade que regressa ao domicílio da mãe para ser cuidada por esta, uma vez que a sua casa não está adaptada à sua condição de saúde (e a inversão de papéis, mãe idosa cuidadora da filha de meia idade com patologia neurodegenerativa).

Os enfermeiros estão presentes nos primeiros cuidados das pessoas que experienciam transições quer no hospital, quer no domicílio (Meleis, 2000). É no ambiente diário da pessoa que é possível objectivar as mudanças que ocorrem no dia-a-dia. Parece-me que, maioritariamente, em contexto hospitalar a principal transição que se vê é a condição de doença, muitas vezes definida através de um diagnóstico médico. Ou seja, sabemos que a pessoa se encontra numa situação de doença e dependência mas não pensamos em como a sua vida quotidiana será com as alterações que decorrem do internamento (dependência, diminuição da funcionalidade, adaptações do contexto (físico e cuidadores)). No domicílio da pessoa, cabe ao EEER “criar e manter um ambiente terapêutico e seguro” (B3)

Os enfermeiros dão resposta às mudanças e desafios que as transições trazem aos utentes e suas famílias. Além disso, os enfermeiros são, tendencialmente, os profissionais melhor preparados para as transições eminentes e quem facilita o processo de desenvolvimento de novas competências relacionadas com as situações de saúde/doença dos utentes. J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

No estágio, as visitas domiciliárias são realizadas duas a três vezes por semana exclusivamente pelo EEER, sendo este acompanhado de outro profissional apenas quando a situação justifica a intervenção de outro membro da equipa. No entanto, cabe ao EEER gerir os cuidados e articular entre o utente e família e os recursos humanos existentes na equipa C1. Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, como sendo o apoio da Psicóloga à filha de uma utente numa situação de luto (perda do esposo), a visita da assistente social para explicar e proceder a candidaturas para outras tipologias da RNCCI ou apoios sociais e a observação e avaliação médica numa situação de dor aguda ou agravamento do cansaço. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

É essencial o EEER identificar e definir em conjunto com a pessoa e cuidador o objectivo principal da sua reabilitação, podendo deste modo identificar os factores facilitadores e inibidores de uma transição e reabilitação saudáveis A1.1.4. Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa. Factores como os recursos na comunidade, o apoio/presença de cuidador, a situação sócio-económica e a condições habitacionais podem ser em situações ou fases distintas da reabilitação facilitadores ou inibidores de uma transição saudável.

Apercebo-me que não são raros os momentos em que a infra-estrutura inadequada dos domicílios inibe o treino de marcha numa pessoa com alteração no andar, pela presença de degraus ou declives por exemplo ou a humidade existentes nas diversas divisões potencia a fragilidade do sistema respiratório. O EEER visa com a sua intervenção potenciar a funcionalidade da pessoa, adaptando o ambiente em que esta se insere à sua nova condição de forma a reintegrar o utente na sociedade – autonomizar o utente nas transferências para a cadeira de rodas de forma a poder realizar a sua Fisioterapia no exterior/clínica.

A presença constante do cuidador durante as visitas domiciliárias torna a nossa intervenção complexa uma vez que é impreterível que o programa de reabilitação definido e o plano de cuidados delineado abrangem e só fazem sentido incluindo o cuidador. A educação do cuidador torna-se um dos objectivos fundamentais da intervenção do EEER, sendo que uma capacitação eficaz potencia uma transição saudável e optimiza o processo de tomada de decisão C 1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Quando se demonstra e educa a pessoa e o cuidador para os posicionamentos no leito, exercícios aumento do tónus muscular ou medidas de controlo da dor (farmacológicas e não farmacológicas) após fractura do fémur estamos a consciencializá-los da sua situação de saúde e a torná-los os principais responsáveis da reabilitação.

O nível de consciência influencia o nível de compromisso e reflecte-se no envolvimento da pessoa no processo de transição. (Meleis et al. 2000) A pessoa em transição deve ter consciência do que está acontecer, caso contrário será indicador de que ainda não iniciou o processo de transição – quando os utentes comentam “Era eu que tomava conta do meu marido e agora não consigo, é a minha filha”, reflecte a consciencialização da alteração de papéis existente.

Quando a pessoa experimenta uma condição de dependência e inicia o processo de transição encontra-se em risco acrescido de desenvolver uma situação de doença. No entanto, também pode descobrir nesta mudança uma oportunidade de melhorar o bem-estar. É com a intervenção do EEER que a pessoa encontra e desenvolve as estratégias de *coping* que lhe permitem adaptar-se à sua nova condição.

Algumas das estratégias encontradas pelos utentes parecem bastante simples; desde a adaptação ao dispositivo auxiliar de marcha como sendo o tripé ou andarilho, ao apoio domiciliário de equipas para gestão das tarefas domésticas, à frequência de um centro de dia, ao descascar os alimentos sentados e sentir-se útil para a família e a realização das refeições ou a expressão de sentimentos e frustrações ao EEER. A pessoa que procura junto do EEER compreender a sua situação e participar no programa de reabilitação evidencia sinais de sentir-se ligado com este. Também o estabelecimento de novos contactos e a manutenção dos antigos, dos contactos pessoais é indício de uma transição saudável.

Outro aspecto característico da comunidade e da ECCI é a faixa etária abrangente dos utentes alvo dos cuidados. No meu local de trabalho sei, à partida, que os utentes serão adultos/idosos. No domicílio o EEER tem de estar preparado para situações de crianças prematuras com necessidade de reeducação funcional respiratória e suporte e educação à família cuidadora. J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Este aspecto despertou-me para a necessidade constante de actualização de conhecimentos, bem como de reflexão pessoal e profissional sobre medos e preconceitos próprios.

De facto, no domicílio o cuidado individualizado não é possível descurar, uma vez que somos nós que invadimos o espaço da pessoa e nos adaptamos às suas necessidades e características.

Jornal de Aprendizagem

Este jornal de aprendizagem centra-se no cuidado à pessoa em processo de transição. Pretendo reflectir sobre as minhas experiências de forma a promover a consciencialização da minha prática de cuidados e a aquisição de conhecimentos.

A transição é um processo: pode ser uma mudança e resultar em mudança (Meleis, 2000). No entanto é no domicílio que nos apercebemos das múltiplas transições que a pessoa sofre. A maior parte destas são sequenciais, ou seja, um momento de crise gera uma transição que por sua vez ao alterar a forma de vida da pessoa ou comunidade em que está inserida, desencadeia nova mudança.

A pessoa em situação de doença está sempre em risco por se encontrar vulnerável. (Meleis, 2000) No hospital tendemos a ignorar este risco, o que não nos permite cuidar da individualidade da pessoa, ou seja, maximizar as suas capacidades (J3 – Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa).

As transições podem resultar de e em mudanças na saúde, relações e ambiente (Meleis, 2000) No estágio são diversas as situações em que isto é visível: queda e fractura que provoca dependência e, por conseguinte a filha torna-se cuidadora da mãe 24h por dia e desempregada; senhora em situação de dependência que fica impossibilitada de cuidar do marido (era a sua cuidadora principal) ou a senhora de média idade que regressa ao domicílio da mãe para ser cuidada por esta, uma vez que a sua casa não está adaptada à sua condição de saúde (e a inversão de papéis, mãe idosa cuidadora da filha de meia idade com patologia neurodegenerativa).

Os enfermeiros estão presentes nos primeiros cuidados das pessoas que experienciam transições quer no hospital, quer no domicílio (Meleis, 2000). É no ambiente diário da pessoa que é possível objectivar as mudanças que ocorrem no dia-a-dia. Parece-me que, maioritariamente, em contexto hospitalar a principal transição que se vê é a condição de doença, muitas vezes definida através de um diagnóstico médico. Ou seja, sabemos que a pessoa se encontra numa situação de doença e dependência mas não pensamos em como a sua vida quotidiana será com as alterações que decorrem do internamento (dependência, diminuição da funcionalidade, adaptações do contexto (físico e cuidadores)). No domicílio da pessoa, cabe ao EEER “criar e manter um ambiente terapêutico e seguro” (B3)

Os enfermeiros dão resposta às mudanças e desafios que as transições trazem aos utentes e suas famílias. Além disso, os enfermeiros são, tendencialmente, os profissionais melhor preparados para as transições eminentes e quem facilita o processo de desenvolvimento de novas competências relacionadas com as situações de saúde/doença dos utentes. J2. Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania.

No estágio, as visitas domiciliárias são realizadas duas a três vezes por semana exclusivamente pelo EEER, sendo este acompanhado de outro profissional apenas quando a situação justifica a intervenção de outro membro da equipa. No entanto, cabe ao EEER gerir os cuidados e articular entre o utente e família e os recursos humanos existentes na equipa C1. Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional, como sendo o apoio da Psicóloga à filha de uma utente numa situação de luto (perda do esposo), a visita da assistente social para explicar e proceder a candidaturas para outras tipologias da RNCCI ou apoios sociais e a observação e avaliação médica numa situação de dor aguda ou agravamento do cansaço. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados

É essencial o EEER identificar e definir em conjunto com a pessoa e cuidador o objectivo principal da sua reabilitação, podendo deste modo identificar os factores facilitadores e inibidores de uma transição e reabilitação saudáveis A1.1.4. Identifica factores facilitadores e inibidores para a realização das AVD's de forma independente no contexto de vida da pessoa. Factores como os recursos na comunidade, o apoio/presença de cuidador, a situação sócio-económica e a condições habitacionais podem ser em situações ou fases distintas da reabilitação facilitadores ou inibidores de uma transição saudável.

Apercebo-me que não são raros os momentos em que a infra-estrutura inadequada dos domicílios inibe o treino de marcha numa pessoa com alteração no andar, pela presença de degraus ou declives por exemplo ou a humidade existentes nas diversas divisões potencia a fragilidade do sistema respiratório. O EEER visa com a sua intervenção potenciar a funcionalidade da pessoa, adaptando o ambiente em que esta se insere à sua nova condição de forma a reintegrar o utente na sociedade – autonomizar o utente nas transferências para a cadeira de rodas de forma a poder realizar a sua Fisioterapia no exterior/clínica.

A presença constante do cuidador durante as visitas domiciliárias torna a nossa intervenção complexa uma vez que é impreterível que o programa de reabilitação definido e o plano de cuidados delineado abrangem e só fazem sentido incluindo o cuidador. A educação do cuidador torna-se um dos objectivos fundamentais da intervenção do EEER, sendo que uma capacitação eficaz potencia uma transição saudável e optimiza o processo de tomada de decisão C 1.1. Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Quando se demonstra e educa a pessoa e o cuidador para os posicionamentos no leito, exercícios aumento do tónus muscular ou medidas de controlo da dor (farmacológicas e não farmacológicas) após fractura do fémur estamos a consciencializá-los da sua situação de saúde e a torná-los os principais responsáveis da reabilitação.

O nível de consciência influencia o nível de compromisso e reflecte-se no envolvimento da pessoa no processo de transição. (Meleis et al. 2000) A pessoa em transição deve ter consciência do que está acontecer, caso contrário será indicador de que ainda não iniciou o processo de transição – quando os utentes comentam “Era eu que tomava conta do meu marido e agora não consigo, é a minha filha”, reflecte a consciencialização da alteração de papéis existente.

Quando a pessoa experiêcia uma condição de dependência e inicia o processo de transição encontra-se em risco acrescido de desenvolver uma situação de doença. No entanto, também pode descobrir nesta mudança uma oportunidade de melhorar o bem-estar. É com a intervenção do EEER que a pessoa encontra e desenvolve as estratégias de *coping* que lhe permitem adaptar-se à sua nova condição.

Algumas das estratégias encontradas pelos utentes parecem bastante simples; desde a adaptação ao dispositivo auxiliar de marcha como sendo o tripé ou andarilho, ao apoio domiciliário de equipas para gestão das tarefas domésticas, à frequência de um centro de dia, ao descascar os alimentos sentados e sentir-se útil para a família e a realização das refeições ou a expressão de sentimentos e frustrações ao EEER. A pessoa que procura junto do EEER compreender a sua situação e participar no programa de reabilitação evidencia sinais de sentir-se ligado com este. Também o estabelecimento de novos contactos e a manutenção dos antigos, dos contactos pessoais é indício de uma transição saudável.

Outro aspecto característico da comunidade e da ECCI é a faixa etária abrangente dos utentes alvo dos cuidados. No meu local de trabalho sei, à partida, que os utentes serão adultos/idosos. No domicílio o EEER tem de estar preparado para situações de crianças prematuras com necessidade de reeducação funcional respiratória e suporte e educação à família cuidadora. J1. Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados

Este aspecto despertou-me para a necessidade constante de actualização de conhecimentos, bem como de reflexão pessoal e profissional sobre medos e preconceitos próprios.

De facto, no domicílio o cuidado individualizado não é possível descurar, uma vez que somos nós que invadimos o espaço da pessoa e nos adaptamos às suas necessidades e características.

APÊNDICE VI – Formação “Comunicar com a pessoa em situação de afasia – perspectiva da
estudante de ER”

Comunicar com a pessoa em situação de afasia

Perspectiva do Estudante da EER



Inês Meliço Simões
07 Fevereiro 2018

Sumário

- Scoping Review/"Estado da arte"
- Pertinência do tema para a Enfermagem/Enfermagem de Reabilitação
- Lesão cerebral
- Comunicação e Linguagem
- Afasia, Disartria e outros conceitos
- Alterações da Linguagem – Afasia
 - Definição
 - Diagnóstico
 - Intervenção
 - Registos/continuidade dos cuidados
- Referências Bibliográficas

Scoping Review/"Estado da arte"



Scoping: Pesquisa

	CINAHL Plus®			MEDLINE		
	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)	P (População)	C (Conceitos)	C (Contexto)
Linguagem Natural	Cerebrovascular disorders S6 Stroke S7	Nursing S1 Communication S2 Aphasia S3	Rehabilitation S4 Rehabilitation Nursing S5	Cerebrovascular disorders S7 Stroke S6	Nursing S1 Communication S2 Aphasia S3	Rehabilitation S4 Rehabilitation Nursing S5
Linguagem Indexada	Cerebrovascular disorders S16 Stroke S17 Stroke patients S18	Nursing care S8 Nursing interventions S9 Communicative disorders S10 Speech disorders S11 Language disorders S12 Aphasia S13	Rehabilitation S14 Rehabilitation Nursing S15	Cerebrovascular disorders S16 Stroke S15	Nursing S8 Nursing Care S9 Communication S11 Communication disorders S10 Speech disorders S12 Language disorders S13 Aphasia S4	Rehabilitation S17 Rehabilitation Nursing S18
Pesquisa Combinada (natural e indexada)	S6 OR S7 OR S16 OR S17 OR S18 = S19 = 84,010	S1 OR S8 OR S9 = S20 = 689,262 S2 OR S3 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 = S21 = 140,806 S20 AND S21 = S22 = 22,957	S4 OR S5 OR S14 OR S15 = S23 = 137,019	S6 OR S7 OR S15 = S22 = 266,616	S1 OR S8 OR S9 = S19 S2 OR S3 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S4 = S20 S19 AND S20 = S21	S4 OR S5 OR S17 OR S18 = S23

S19 AND S22 AND S23 = S24
120 artigos
Limite temporal: 2007-2017, FULL
PDF: 34 artigos

S22 AND S21 AND S23 = S24
186 artigos
Limite temporal: 2007-2017, FULL
PDF: 43 artigos

Scoping: Fluxograma

Identificação

Resultados extraídos da MEDLINE
(n = 7)

Resultados extraídos da CINAHL
(n = 4)

Resultados extraídos de outras fontes
(n = 1)

Triagem

Resultados extraídos após verificação de duplicação
(n = 10)

Eligibilidade

Resultados triados e seleccionados
(n = 8)

Resultados excluídos por ausência de texto integral
(n = 2)

Incluídos

Resultados com texto integral incluídos
(n = 6)

Scoping: Resultados

Temáticas Comunicação centrada no utente

Estratégias de comunicação usadas pelos enfermeiros no cuidado à pessoa com afasia, decorrente de AVC

Processo de Reabilitação

Integração de intervenções de terapia da fala e de enfermagem

Resultados Estratégias de comunicação

Formação específica na área da comunicação com pessoas com alteração da linguagem

Planos de cuidados individualizados (a pessoa com afasia e as actividades de vida diárias)

Co-construção com o terapeuta da fala

Evidência científica escassa em enfermagem

Pertinência do tema



Pertinência do tema

Lesão cerebrovascular adquirida

Funções neurológicas

Alterações na linguagem

Afasia

Impacto na funcionalidade

Intervenção do EEEER

11.751 óbitos em Portugal

OMS, 2015; OCDE, 2020

Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes : 54,6 %.

1ª causa de morte em países da OCDE

Hoeman, 2011; Sequeira 2016

Sistema de sinais simbólicos (produção e receção)

DOS, 2004; McElliot, 2010; Hoeman, 2011

Envolve a forma, o conteúdo ou a função
1/3 das pessoas com AVC tem afasia

Varamada Rodrigues, 2016; Hiler et al, 2012

Participação no processo de reabilitação
MIF/MAF

Na prestação de cuidados a comunicação de extrema importância (70%), muito importante (29%)
Atualização de conhecimentos (95%)

Silgueiro, 2014

Pertinência do tema - Enfermeiro Especialista em Reabilitação

- Área prioritária para a investigação em Enfermagem de Reabilitação: intervenções autônomas do enfermeiro de reabilitação na função cognitiva (linguagem)
- Área emergente: a dependência no autocuidado em contexto domiciliário

OE: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação 2015

Lesão neurológica - AVC



(Sohlberg & Mateer, 2008; McGillon et al 2009; Marques-Vieira & Sousa, 2016)

Comunicação e Linguagem



Comunicação e Linguagem

- Comunicar é mais do que falar; engloba **competências cognitivas, linguísticas e pragmáticas**.
 - “A **competência pragmática** é a capacidade de usar a **linguagem apropriadamente em contextos sociais e situacionais** e envolve [...] aspectos não linguísticos” [...] A **competência cognitiva** é necessária para que a comunicação possa ser relevante, precisa e **evidencie um raciocínio claro**”.
- (Hoeman, 2011, pp. 526)
- A **linguagem** diz respeito ao **sistema de sinais simbólicos** utilizados por uma pessoa para comunicar com outras e é composto por discurso expressivo (**produção**) e receptivo (**compreensão**).

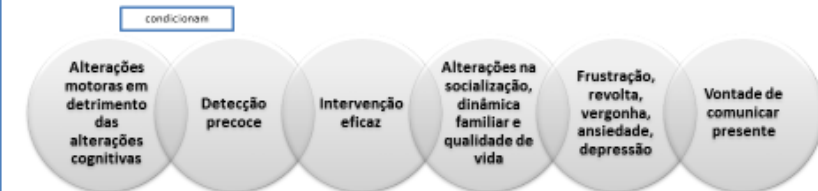
Hoeman, 2011, pp. 5261

[Sequeira, 2016]

- Níveis produção de linguagem:
- **Linguagem automática:** nível básico da produção linguística, respostas habituais como orações, respostas sociais, canções.
- **Imitação** (linguagem já ouvida anteriormente): pessoa ouve o que é dito, processa mensagens, produz respostas e avalia o contexto da transmissão.
- **Linguagem simbólica:** nível mais elevado: uso apropriado do tempo verbal, regras gramaticais e pluralidade.

(Hoeman, 2011)

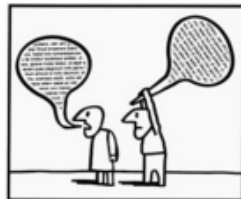
Discurso normal para um adulto é 160/180 palavras por minuto.
Não fluído: < 50 palavras/min. Fluído: > 100/min.



[DGS, 2010; Hillari, Needle & Harrison, 2012; McGilton et al 2009; Menoit, 2012; Poslawsky et al, 2010]

Afasia

Perda ou diminuição da capacidade prévia de compreensão e/ou formulação de linguagem causada por lesão cerebral.



Disartria:

Dificuldade na articulação causada por disfunções motoras do SNC ou periférico produzindo fraqueza ou paralisia, descoordenação ou alteração da tonificação da musculatura da fala.

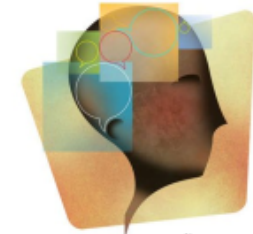
Avalia-se a respiração, a fonação, a ressonância, a articulação e a prosódia.

Anartria: perda completa da articulação (disartria avançada).

Outros conceitos:

Disfonia: incapacidade para vocalizar por disfunção da laringe ou das suas interações.

Disfasia: sinónimo de afasia/defeito da linguagem.

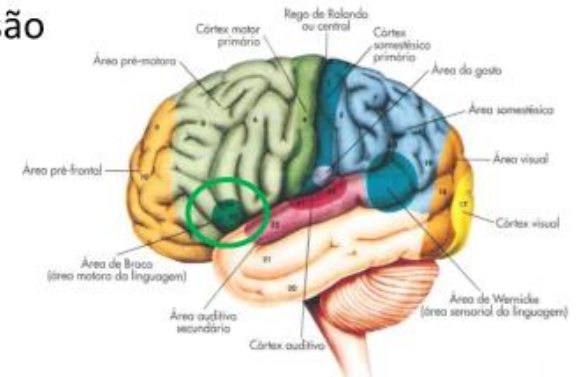


Afasia



Afasia expressão

Motora, emissiva



Fonte: Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2001). Anatomia & fisiologia. (3.ª ed.) Lisboa: Lusodidacta.

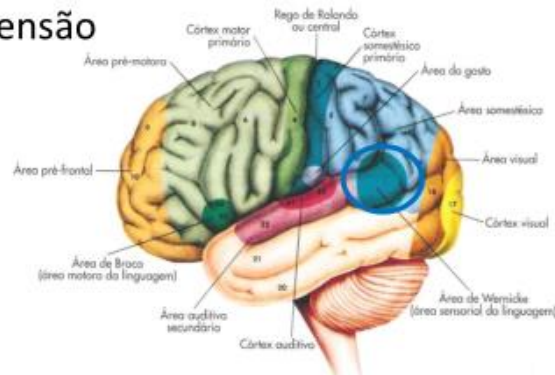
Afasia de Broca ou não fluente

- Discurso pobre e curto
- Esforço visível na produção do discurso
- Mutismo, estereótipo ou prosódia
- Esforço visível na produção do discurso
- Mímicas e gestos
- Compreensão mantida

Repetição mantida
Afasia transcortical motora

Afasia compreensão

Sensorial, receptiva



Fonte: Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2001). Anatomia & fisiologia. (3.ª ed.) Lisboa: Lusodidacta.

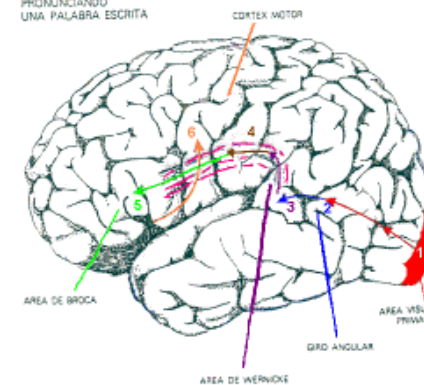
Afasia de Wernicke ou fluente

- Discurso claro, desprovido de sentido - produção intacta
- Alterações semânticas
- Dificuldade na compreensão

Repetição mantida
Afasia transcortical sensorial

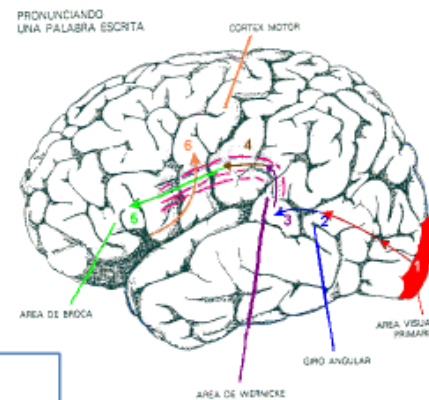
Afasia de condução

PROMUNCIANDO
UNA PALABRA ESCRITA



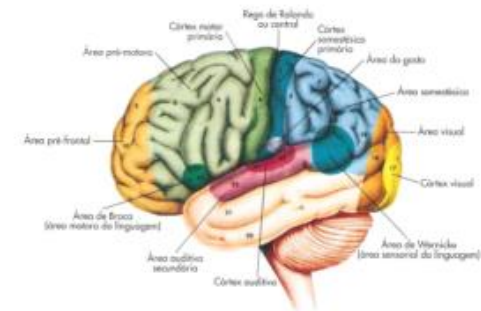
- Nomeação e repetição alteradas
- Fluência e a compreensão intactas
- Parafasias

Afasia anômica

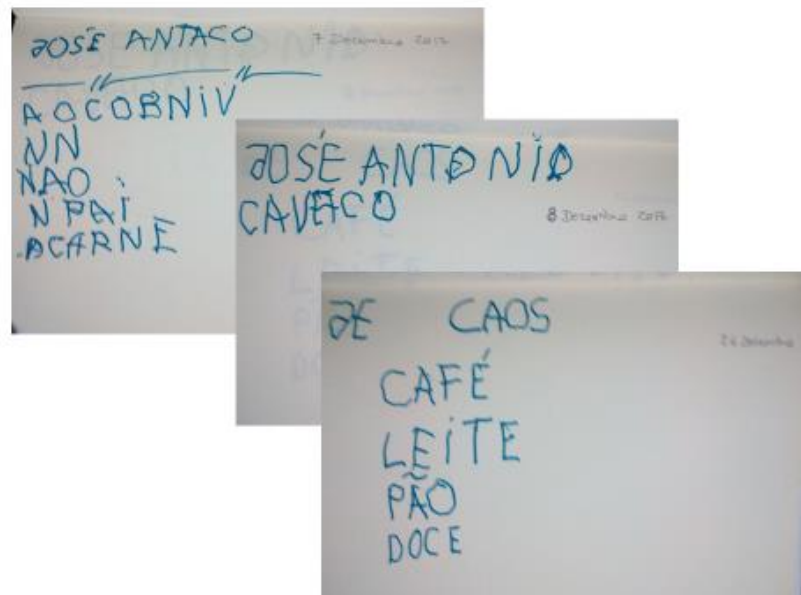


- Fluência e compreensão mantidas
- Produção de linguagem fluente.
- Nomeação escrita e oral de objectos alterada

Afasia Global



Incapacidade para compreender a linguagem oral e escrita e de escrever. Fluência comprometida.



Cuidado de Enfermagem à pessoa com afasia

- “A melhor avaliação ocorre na observação dos doentes em situações naturais de comunicação a conversar com um parceiro, que pode ser a enfermeira.”
(Hoeman, 2011, pp 538)
- A avaliação do potencial cognitivo da pessoa é importante:
 - avaliar para reabilitar
 - avaliar a influência das alterações da linguagem na reabilitação

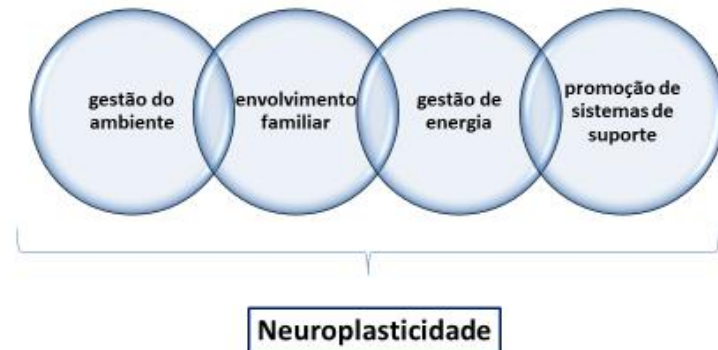
(Marques-Vieira e Sousa, 2016)

Enfermeiro – intervenção OE

- Avaliar capacidade para comunicar
- Incentivar pessoa a comunicar
- Executar técnica de treino do discurso
- Providenciar dispositivo auxiliar como os Sistema de comunicação aumentativa e complementar (por objetivos, imagens, escrita, tecnologia)
- Providenciar material educativo
- Adaptar estratégias de comunicação não verbal

(OE, 2015)

Enfermeiro - intervenção



Estratégias gerais de comunicação

- **Tópicos de comunicação espontâneos** que sejam do **interesse da pessoa** ou de importância imediata para o mesmo
- **Comunicações pequenas**
- **Comunicação adiada** se a pessoa estiver cansada ou aborrecida
- **Espera paciente** pela resposta
- Acompanhar com **comunicação não verbal**



Afasia não fluente ou de Broca:

dar tempo para o doente falar

não interromper

incentivar o discurso automático

encorajar tentativas de verbalização e não apenas recurso a mímica

falar paralelo (descrever actividade que está a realizar)

permitir erros, reforço positivo

Cantar/música a gosto Jogos de cartas ou
Temas do interesse da figuras para nomear
pessoa Escrever
Descrição Diário pessoal
relações/pessoas Notícias/jornal
Fotografias da pessoa

Afasia fluente ou de Wernicke

Posicionar-se ao nível da pessoa

Ambiente sem distrações e ruídos

Frases simples e directas

Evitar duas perguntas em simultâneo

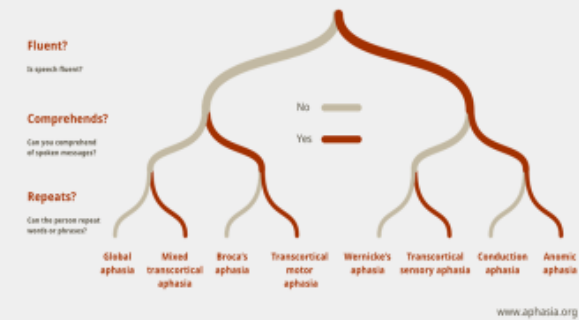
Não elevar a voz

Acompanhar com comunicação não verbal

Reforço positivo

Afasia	Discurso Espontâneo	Compreensão Auditiva	Repetição	Atribuição de Nomes	Leitura	Escrita
de Broca	Não fluente	Preservada	Diminuída	Frequentemente diminuída	Diminuída	Diminuída
de Wernicke	Fluente, parafásico	Diminuída	Diminuída	Diminuída	Diminuída	Diminuída
de condução	Fluente, parafásico	Preservada	Diminuída	Frequentemente diminuída	Preservada	Diminuída
Global	Não fluente	Diminuída	Diminuída	Preservada	Diminuída	Diminuída
Atenia (apraxia)	Não fluente	Preservada	Diminuída	Diminuída	Preservada	Preservada
Surdez verbal pura	Fluente	Diminuída	Preservada	Preservada	Preservada	Preservada
Motora transcortical	Não fluente	Preservada	Preservada	Diminuída	Preservada	Diminuída
Sensorial transcortical	Fluente, parafásico	Diminuída	Preservada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Transcortical mista	Não fluente	Diminuída	Preservada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Anômica	Fluente	Preservada	Preservada	Diminuída	Ocasionalmente diminuída	diminuída

Types of Aphasia



"Aproxime-se, fale devagar e com clareza [...] repita – porta do princípio de que eu não sei nada e comece do princípio, quantas vezes forem precisas [...] e por favor, não levante a voz – eu não sou surda, estou apenas fragilizada [...] não termine as minhas frases por mim nem apresente as palavras de que eu não me consigo lembrar [...] proteja a minha energia. Nada de rádios e televisores barulhentos ou visitas nervosas. [...] utilize brinquedos didáticos e livros apropriados para crianças pequenas para me ensinar [...] ensine-me através de imitação [...] faça-me perguntas de escolha múltipla [...] e perguntas que exijam respostas específicas. Dê-me tempo para ir à procura da resposta. Confie nas capacidades de aprendizagem do meu cérebro" (Taylor, 2008, pp 196-198)

Referências Bibliográficas

- Direção Geral Da Saúde (2004) Planeamento da Alta do Doente com AVC. Circular Informativa nº.12/DSPCS de 19 de Abril de 2004. Lisboa:
- Direção Geral da Saúde (2015) Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números. DGS, Lisboa
- Gordon C., Ellis-C & Ashburn A (2009) The use of conversational analysis: nurse–patient interaction in communication disability after stroke. *Journal of advanced nursing*
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de reabilitação. Prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4.ª ed.). Loures: Lusodidacta
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Poslawsky, I et al (2010) systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia. *Journal of clinical nursing*, ISSN: 1365-2702, Vol: 19, Issue: 1-2, Page: 17-32
- Salgueiro, J (2014) Dificuldades dos enfermeiros na comunicação com doentes afásicos. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto,
- Sequeira, C (2016) *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel
- Seeley, R.; Stephens, T; Tate, P. (2001). *Anatomia & fisiologia*. (3.ª ed.). Lisboa: Lusodidacta
- Sohlberg, MM & Mateer, CA (2008) *Reabilitação Cognitiva: Uma Abordagem Neuropsicológica Integrativa*. Editora Santos: Brasil. ISBN: 9788572887045
- Taylor, JB (2008) *O dia em que a minha vida mudou*. 1ª Ed. Lisboa: Editorial Presença
- Varanda, E.; Rodrigues, C. (2016). Avaliação da Pessoa com Alterações da Função Cognitiva: Avaliar para Reduzir e Readaptar. In C. Marques-Vieira & L. Sousa. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* [p. 139-143]. Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE VII - Guia orientador dos cuidados à pessoa com fratura do fêmur (“anca”):
posicionamentos, cuidados e exercícios práticos

Reeducação Funcional Respiratória (RFR)

Objectivos: consciencialização da respiração, controlo da dor, melhorar sistema respiratório

Exercícios abdomino-diafragmáticos



1. Inspirar pelo nariz e encher a barriga de ar (cheirar a flor) esticados
2. Expirar pela boca semi-cerrada (soprar a vela) esticados

Exercícios de reeducação costal (global)



1. Inspirar pelo nariz e elevar os braços
2. Expirar pela boca e descer os braços

Reeducação Funcional Motora (RFM)

Objectivos: prevenir complicação da imobilidade, fortalecimento muscular, promover independência nas tarefas diárias

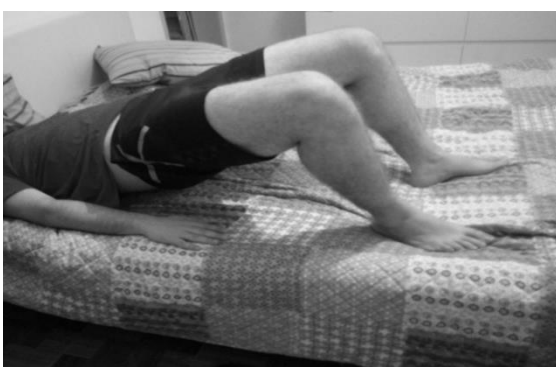
• Exercícios isométricos:



Deitado: Contrair os abdominais, glúteos e quadricípites durante 4 – 5 segundos, 10 vezes - **(puxar ponta do pé para cima e empurrar para baixo; contrair os abdominais e pernas e empurrar o colchão)**

Em pé: Contrair os abdominais, glúteos e quadricípites (4-5 segundos, 10 vezes – **(fazer biquinhos dos pés)**)

• Exercícios isotónicos:



Dobrar os dois joelhos e levantar a anca 10 vezes **(fazer a ponte)**

Reeducação Funcional Motora (RFM)



Deitado: flectir e estender o joelho 10 vezes. Descansar e repetir mais 10 vezes - **(dobrar e esticar o joelho)**

Em pé: flectir e estender o joelho 10 vezes. Descansar e repetir mais 10 vezes - **(dobrar e esticar o joelho, apoiada no andarilho ou cuidador)**



Deitado: elevar a perna em extensão 5 vezes. Descansar e repetir mais 5 vezes – **(levantar e descer a perna esticada)**

Em pé: elevar a perna em extensão 5 vezes. Descansar e repetir mais 5 vezes – **(levar a trás a perna esticada apoiada no andarilho ou cuidador; fazer o avião)**



Deitado: abdução e adução da perna 10 vezes. Descansar e repetir mais 10 vezes – **(abrir e fechar a perna, não ultrapassar a linha média)**



Em pé: abdução e adução da perna 10 vezes. Descansar e repetir mais 10 vezes – **(abrir e fechar a perna, não ultrapassar a linha média)**

Posicionamentos

Objectivos: promover o alinhamento corporal, evitar posições “viciosas”, prevenir úlceras de pressão/escaras



Decúbito dorsal com almofada por baixo das pernas (barriga para cima)



Decúbito lateral com uma almofada no meio das pernas

Actividades quotidianas



Sentar e levantar da cadeira, sanita ou cama com o membro operado esticado
Na sanita se necessário, colocar alteador de sanita para “fazer altura”





Entrar e sair da banheira com o membro operado esticado. Se necessário utilizar cadeira giratória, tábua, barras de apoio.



Deve:

- Calçar o sapato com o membro operado esticado. Se necessário, usar calçadeira.
- Subir escadas: 1º perna “boa”, em 2º a perna operada
- Descer escadas: 1º perna operada, em 2º perna “boa”

Não deve:

- Subir escadas com a perna operada em 1º lugar
- Descer as escadas com a perna operada em 2º lugar



Dormir de lado sem almofada no meio das pernas sentar, apanhar objectos do chão.



Dobrar a perna mais que 90° para calçar,



Cruzar a perna operada sobre a outra.

APÊNDICE VIII – Exemplo de actividades com o utente

JOSE ANTACO 7 Dezembro 2017
" " "
ROCOBNIV
NN
NAO :
NPAI
ACARNE

JOSE ANTONIO 8 Dezembro 2017
CAVACO
LEITE
PAO
DOCE

JOSE ANTONIO 28 Dezembro
ZE CAOS
CAFÉ
LEITE
PAO
DOCE

